UNIVERSITE FRANCOIS-RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

ANNEE 1975 N° 61

# THESE

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

## DIPLOME D'ETAT

PAR

**GIRARD Michel**

**Né le 14 août 1947, à BLOIS (Loir et Cher)**

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 1975.

## LE DIAGNOSTIC DE LA MÔLE HYDATIFORME
(APPORT DE L'ECHOTOMOGRAPHIE B ET DE L'EFFET DÖPPLER)

## ATTITUDES THERAPEUTIQUES

## REFLEXIONS A PROPOS DE 13 OBSERVATIONS

(TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE
ET DU CENTRE REGIONAL DE DEPISTAGE, DE SURVEILLANCE
ET DE TRAITEMENT DES GROSSESSES A RISQUES DU C.H.U. BRETONNEAU DE TOURS)
(Professeur : J.H. SOUTOUL)

Président de Thèse : M. le Professeur J.H. SOUTOUL
Membres du Jury : M. le Professeur Th. PLANIOL
M. le Professeur P. JOBARD
M. le Professeur Ch. BERGER.

29 Pays-Bas, Leyde

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0003

UNIVERSITE FRANCOIS-RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

ANNEE 1975 N°

# THESE

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

**GIRARD Michel**

**Né le 14 août 1947, à BLOIS (Loir et Cher)**

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 1975.

**LE DIAGNOSTIC DE LA MÔLE HYDATIFORME**
(APPORT DE L'ECHOTOMOGRAPHIE B ET DE L'EFFET DÖPPLER)
**ATTITUDES THERAPEUTIQUES**
**REFLEXIONS A PROPOS DE 13 OBSERVATIONS**

(TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE
ET DU CENTRE REGIONAL DE DEPISTAGE, DE SURVEILLANCE
ET DE TRAITEMENT DES GROSSESSES A RISQUES DU C.H.U. BRETONNEAU DE TOURS)
(Professeur : J.H. SOUTOUL)

Président de Thèse : M. le Professeur J.H. SOUTOUL
Membres du Jury : M. le Professeur Th. PLANIOL
M. le Professeur P. JOBARD
M. le Professeur Ch. BERGER.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE FRANCOIS-RABELAIS

- FACULTE DE MEDECINE DE TOURS -

| | | |
|---|---|---|
| Doyen | : | Professeur GOUAZE A. |
| Assesseur | : | Professeur MOURAY H. |
| Assesseur | : | Professeur BAUDOUIN J. |
| Secrétaire | : | Monsieur GANNIER J. |

## DOYENS HONORAIRES

Professeur ARON E. Professeur DESBUQUOIS G.

## PROFESSEURS HONORAIRES

ARDOUIN - FROMENTY - HUC - HUSSENSTEIN - LETELLIER - MERCIER - LIEFFRING

## PROFESSEURS TITULAIRES ET PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

| | | |
|---|---|---|
| MM. | ARON Emile | Clinique Médicale |
| | RAYNAUD Robert | Clinique Médicale |
| | GAUTIER Jacques | Thérapeutique |
| | BOULARD Pierre | Hygiène et Hydrologie |
| | LARMANDE Aimé | Clinique Ophtalmologique |
| | ARNAUD Robert | Bactériologie |
| | ROUZAUD Marcel | Clinique Neurologique |
| | GOUAZE André | Anatomie |
| | REYNAUD Jean | Clinique Oto-Rhino-Laryngologique |
| | COMBE Paul | Clinique Médicale Infantile |
| | VANDOOREN Michel | Clinique Chirurgicale Chirurgie Générale A |
| | THOUVENOT Joseph | Physiologie |
| | COMBESCOT Charles | Zoologie - Parasitologie |
| | VARGUES Robert | Bactériologie |
| | WEILL Jacques | Biochimie |
| | JOBARD Pierre | Anatomie Pathologique |
| | GRECO Jean-Marie | Clinique Chirurgicale et Chirurgie Plastique |

| | | |
|---|---|---|
| | MAILLET Marc | Histologie |
| | RENOUX Gérard | Immunologie |
| Mel. | BROCHIER Mireille | Séméiologie Médicale |
| Mme | PLANIOL Thérèse | Biophysique |
| MM. | GRENIER Bernard | Maladies Infectieuses |
| | NELL Jean-Louis | Pathologie Médicale |
| | SOUTOUL Jean-Henri | Clinique Obstétricale et Gynécologique |
| | BRIZON Jacques | Séméiologie Chirurgicale |
| | MORAND Philippe | Médecine Générale |
| | CASTAING Jean | Clinique Chirurgicale Orthopédique |
| | BERTRAND Jean | Hépato-Gastro-Entérologie |
| | BARSOTTI Jacques | Chirurgie Générale |
| | SIZARET Pierre | Psychiatrie |
| | BAUDOUIN Jean | Pneumo-Phtisiologie |

## PROFESSEURS SANS CHAIRES

| | | |
|---|---|---|
| MM. | MICHEL Jean | Electroraliologie |
| | FRANCOIS André | Dermatologie et Vénéréologie |
| | LE CHEVALLIER Paul | Rhumatologie |
| | LEROUX Maurice | Hématologie |
| | ECARLAT Bernard | Electroradiologie |
| | MOURAY Henri | Biochimie |
| | LELORD Gilbert | Physiologie |

## MAITRES DE CONFERENCES ET AGREGES

| | | |
|---|---|---|
| MM. | BAGROS Philippe | Néphrologie |
| | BALLON Gérard | Stomatologie |
| | BENATRE André | Anatomie Pathologique |
| | BERGER Christian | Gynécologie-Obstétrique |
| | BESNARD Jean-Claude | Biophysique |
| | BRETEAU Michel | Pharmacologie |
| | CASTELLANI Lucien | Chirurgie Générale |
| | FAUCHIER Claude | Pédiatrie |
| | FAUCHIER Jean-Paul | Cardiologie |
| | FLOYRAC Roger | Biophysique |
| | FROGER Etienne | Médecine Légale et Toxicologie |
| | GROUSSIN Pierre | Médecine Interne |

| | |
|---|---|
| LAFFONT Jacques | Anatomie-Organogénèse |
| LAMISSE Fernand | Médecine Interne |
| LAUGIER Jean | Pédiatrie |
| LEROY Jean | Hématologie |
| LEROY Georges | Anesthésiologie |
| MOLINE Jean | Médecine et Chirurgie Expérimentales et comparées |
| MORAINE Claude | Histologie |
| MUH Jean-Pierre | Biochimie |
| MURAT Jean | Médecine et Chirurgie Expérimentales et comparées |
| RAYNAUD Philippe | Médecine Interne |
| RIBADEAU-DUMAS Jean-Louis | Neurologie |
| ROLLAND Jean-Claude | Pédiatrie A |
| ROSSAZZA Christian | Ophtalmologie |
| SAINDELLE Anatole | Physiologie |
| SANTINI Jean-Jacques | Anatomie-Organogénèse |
| THARANNE Michel | Histologie |
| TOUMIEUX Bernard | Chirurgie Générale A |

A mes parents,

pour l'amour et le soutien
qu'ils m'ont toujours apporté

A Jean-Luc GAUTHIER et Pierre LABBE,

pour leur amitié et les
années communes

A ma famille.

Aux Docteurs SGARD et GLEYSES,

pour leur enseignement de la pratique médicale qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur ELIZONDO,

pour le savoir qu'il nous a transmis au cours de notre passage dans son service. Nous le prions de vouloir bien recevoir tous nos remerciements.

Aux Docteurs BOUTRON, GOUGEROT et MORSCHOINE

Ils nous enseignèrent la pratique chirurgicale et obstétricale, qu'ils en soient remerciés.

Aux Docteurs DAVID et DESCOURS.

A mes camarades de l'internat de Nogent-le-Rotrou et aux infirmières qui nous apportèrent leur précieux concours.

A Monsieur le Professeur SOUTOUL,

qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury.

Nous lui exprimons notre déférente gratitude et l'hommage de notre profond respect.

A Madame le Professeur PLANIOL,

très sensible à sa présence dans le jury, nous la prions d'agréer nos très respectueux hommages et tous nos remerciements pour l'aimable accueil qu'elle a bien voulu nous réserver dans son service où nous avons pu élaborer notre thèse et apprécier les progrés réalisés dans le domaine des sciences.

A Monsieur le Professeur JOBARD,

qui a bien voulu accepter d'être membre de ce jury de thèse, nous adressons tous nos remerciements et le prions de croire à nos sentiments très respectueux.

A Monsieur le Professeur BERGER,

qui nous a si bien guidés dans la préparation de cette thèse, nous exprimons notre reconnaissance et le prions de croire à notre profond respect.

PLAN

Le diagnostic de la môle hydatiforme

Apport de l'échotomographie B et de l'effet Doppler

Généralités sur les attitudes thérapeutiques

A propos de 13 observations.

A - Introduction

B - Résumé des observations

C - Etude clinique

- Absence de symptômes
- métrorragies
- douleurs
- signes toxiques

  - vomissements
  - amaigrissement
  - asthénie
  - néphropathie gravidique

- kystes luteïniques
- hauteur utérine
- conclusion sur l'apport clinique au diagnostic

D - Examens complémentaires classiques

- prolans
- anatomo-pathologie
- autres examens

E - Examens ultra soniques

- généralités
- échosonographie Döppler

  - principes
  - application
  - intérêt diagnostique
  - étude des observations
  - conclusions
  - perspectives

- échotomographie B

  - principes
  - intérêt diagnostique
  - étude des observations
  - conclusions
  - perspectives

F - Généralité sur les attitudes thérapeutiques actuelles

G - Conclusion

H - Bibliographie

## A - Introduction

La môle hydatiforme (éthymologiquement masse en forme de vésicule) est une affection placentaire, caractérisée par une dégénérescence kystique des villosités choriales, donnant à celui-ci un aspect en grappe de raisin ou en frai de grenouille.

Les signes cliniques de la môle ont fait l'objet de descriptions remarquables : il n'y a rien à rajouter de ce côté depuis quelques décades. Par contre ,le diagnostic s'est enrichi de données scientifiques récentes venant combler les insuffisances de la clinique.

Comme dans bien des syndrômes, l'expérience a permis de décrire un certain nombre de signes plus ou moins spécifiques, plus ou moins regroupés et qui, de ce fait, aboutissent parfois, mais de façon tardive à une certitude diagnostique.

Les recherches anatomo-pathologiques et biologiques, par l'étude macroscopique et microscopique des placentas , le dosage des prolans furent la 2ème étape dans les acquisitions sur la môle. Un troisième pas vient d'être franchi grâce à l'apport des méthodes d'exploration biophysiques, qui peuvent donner une quasi certitude de diagnostic et une réponse positive beaucoup plus précoce.

Le but de notre étude est de faire le point, constat ponctuel dans le temps,des connaissances et des moyens, pour aboutir, le plus précocement possible au diagnostic de certitude de l'affection.

Tout d'abord nous étudierons l'aspect clinique, son apport et ses failles sachant qu'il reste le premier pas de la démarche diagnostique. Par la suite nous étudierons les aspects paracliniques, dosage des prolans ,anatomo-pathologie, effet Döppler, échothomographie bidimensionnelle afin de voir, et ce plus particulièrement pour les techniques biophysiques récentes, l'appui diagnostique qu'elles apportent.

Nous traiterons chacun des éléments de la môle sous son aspect théorique et nous tenterons ensuite de comparer cette théorie avec la pratique, en la recherchant dans nos observations; à la fin de cette étude nous essaierons de faire le point sur le diagnostic, but que nous nous sommes proposé.

Avant que d'entreprendre cette analyse, nous tenons à rappeler quelques notions générales.

La môle hydatiforme est une affection rare dans nos régions : 1 à 2 cas pour mille grossesses (4 à 5 ‰) selon DARGENT D et GUYON JM (25), mais que l'on retrouve à des taux de l'ordre de 1 % dans les pays d'Extrême-Orient. La pathogénie de cette maladie demeure mal connue; des causes virales, nutritionnelles, hormonales, génétiques voire même thérapeutiques (clomifène) ont pu être évoquées, mais jamais prouvées avec certitude, et même une étude de PAPATHEODOROU B et COLL (62) portant sur près de 700 placentas montrait la présence de signes de dégénérescence molaire dans plus d'un tiers des cas d'avortements.

La môle constitue, du fait de la participation du gamète mâle à sa génèse, un exemple unique dans l'espèce humaine d'une tumeur étrangère greffée. Elle est douée d'une activité hormonale propre, similaire au placenta normal , mais accentuée dans la sécrétion de gonadotrophines chorioniques. Elle entraine presque toujours la mort de l'embryon, plus ou moins rapidement suivant l'extension tumorale.

Par ailleurs, elle possède un potentiel d'aggressivité considérable avec envoi de fusées trophoblastiques, tant dans la paroi utérine que dans les vaisseaux; notons toutefois que dans les cas habituels, l'organisme rejette facilement ces embols métastatiques.

Rappelons enfin, que l'évolution se fait toujours à court terme vers l'avortement. La complication est rare mais peut être redoutable si elle affecte la forme d'un chorio épithéliome, la récidive est possible (HOUEL JE et COLL (34) ), la surveillance post abortum toujours nécessaire.

## B - Résumé des observations

### Abréviations

| | | |
|---|---|---|
| A | = | amaigrissement |
| B D C | = | bruits du coeur foetal |
| D G | = | début de grossesse |
| H | = | hospitalisation |
| M | = | métrorragies |
| O | = | intervention chirurgicale |
| O P | = | traitement oestro-progestatif |
| S T | = | signes toxiques |
| U L | = | unités lapines |
| U I | = | unités internationales |
| V | = | vomissements |

1 - C.A.B..... Césaltina 23 ans

- antécédents

  - généraux : néant
  - obstétricaux : néant

- grossesse actuelle

  - évolution

  - Examen clinique 1ère hospitalisation.

gestante de 2 mois ½ rentrant pour métrorragies persistantes depuis une semaine.

  - utérus : mou, col fermé
    hauteur 16 cm

(donc plus grande que ne le prévoyait le terme)

  - numération globulaire G R : 3 M 4 / mm3

  - effet Döppler : négatif

Les métrorragies cessent après 15 jours et la malade sort.

  - Examen clinique 2ème hospitalisation.

reprise des métrorragies 10 jours après la sortie de l'hôpital : il s'agit d'hémorragies de sang rouge et noir

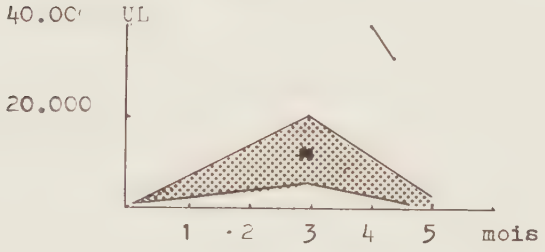
  - asthénie - pâleur
  - vomissements - amaigrissement
  - tension artérielle 12-8

- Examen gynécologique

- utérus globuleux - mou - régulier - hauteur 15 cm, supérieure à l'âge gestationnel mais de taille identique au mois précédent.

- Examens complémentaires

- Prolans




- Döppler : négatif
- écho B : rétention d'oeuf macéré ou dégénérescence villeuse ou caillot sanguin

- Traitement

- 1er curage digital : vésicules molaires caractéristiques

- 2ème curage après 48 heures

- Anatomo-pathologie

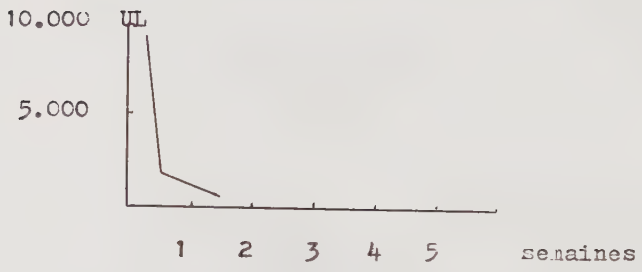
Les prélèvements examinés intéressent des villosités placentaires de grosses tailles, à stroma extrêmement oedémateux et dépourvu de vaisseaux. Le revêtement trophoblastique est franchement hyperplasique et comporte des monstruosités nucléaires et des mitoses.

En conclusion : môle hydatiforme avec nette prolifération trophoblastique.

- Evolution

  - Clinique : ni fièvre ni hémorragie
    va bien après 9 mois

  - Prolans



2 - LE G..... Josiane 19 ans

- antécédents

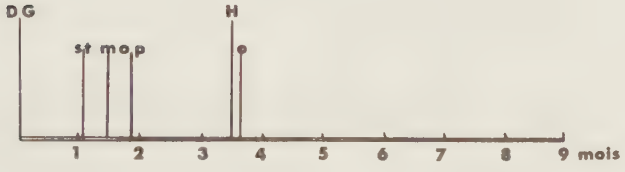
  - généraux : asthénie - lipothymies
  - amygdalectomie
  - appendicectomie

  - gynécologiques :
    - premières règles 12 ans ½
    - cycles : irréguliers
    - règles : 3 à 9 jours douloureuses
    - leucorrhées

  - obstétricaux :
    - Une fausse couche

- Grossesse actuelle

  - Evolution




Grossesse à métrorragies précoces, traitée initialement par le repos et la progestérone sans résultats. Au cours d'une première hospitalisation de 13 jours où l'on parle d'un kyste de l'ovaire et et de placenta praevia le diagnostic n'est pas évoqué.

- Examen clinique

  - amaigrissement environ 5 Kg
  - anémie
  - hauteur utérine 17 cm supérieure à l'âge gestationnel
  - B D C non entendus
  - col antérieur - bombement du Douglas - kystes lutéïniques bilatéraux

- Examens complémentaires

  - B W négatif
  - numération des globules rouges 3 M 2 / mm3
  - prolans

  - Doppler : négatif
  - écho B

* Plan transversal de l'ombilic à la région sus pubienne existence d'échos multiples d'aspect floconneux se projetant dans la cavité utérine En arrière, existence d'une zone dénuée d'échos qui pourrait correspondre à une collection liquidienne.

* Plan sagittal médian, para sagittaux droit et gauche. On distingue relativement bien le dessin de la cavité utérine. Cette cavité apparaît remplie des mêmes échos nuageux précédemment décrits; sur la coupe sagittale médiane on distingue même la cavité vaginale, le col utérin semble très antérieur, on retrouve très en arrière la zone acoustiquement vide déjà signalée.

  Conclusion : aspect très évocateur d'une dégénérescence molaire du placenta avec existence probable en arrière d'une collection qui correspond certainement à ce qui a été perçu en arrière.

- <u>Traitement</u>

  - 1er curage digital ramenant des vésicules molaires

  - 2ème curage après 48 heures

- Anatomo-pathologie

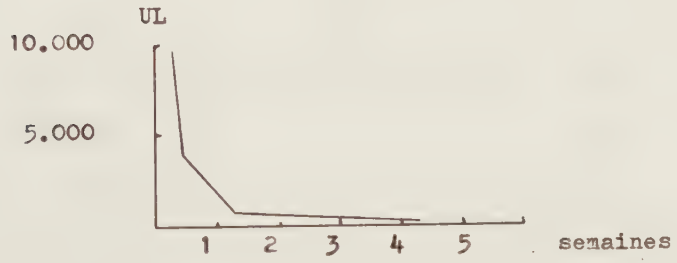
Le prélèvement montre des villosités à stroma extrêmement oedemateux et dépourvues de vaisseaux. Le trophoblaste est nettement proliférant comportant des plages avec des irrégularités cellulaires. Ces images incitent à conserver la malade sous surveillance biologique, correspondent à une môle hydatiforme.

- Evolution

- clinique : bonne involution utérine

- après 4 mois va bien mais persistance de gros ovaires.

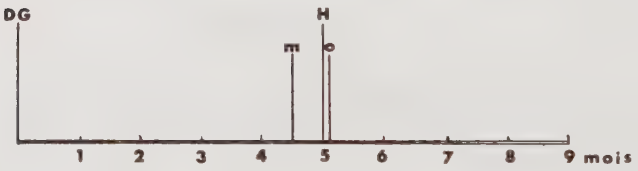
- prolans



## 3 - M A L ..... Elisabeth 20 ans

- antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - premières règles 11 ans ½
    - cycles 28 jours
    - règles abondance normale
  - obstétricaux : néant

- Grossesse actuelle
  - évolution




A la suite d'un accident de la voie publique chez unefemme dont la grossesse se déroulait normalement surviennent des métrorragies peu abondantes se répétant pendant une quinzaine de jours. Le médecin pense à une mort foetale et décide l'hospitalisation

- Examen clinique
  - métrorragies discrètes, peu abondantes, indolores, irrégulières
  - utérus : col fermé, hauteur normale .
- Examens complémentaires
  - prolans : 11 200 UL
  - Döppler : négatif
  - écho B : non fait
- Traitement
  - 1er curage digital : vésicules molaires
  - 2ème curage après 48 heures

- Anatomo-pathologie

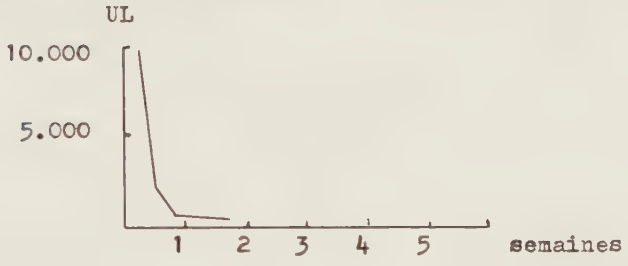
Assez nombreuses villosités placentaires de grandes tailles dépourvues de vaisseaux et présentant un gonflement hydropique du stroma . Le trophoblaste montre des signes de prolifération très active. On observe quelques plages cellulaires montrant des noyaux hyperchromatiques souvent irréguliers avec un gros nucléole et quelques mitoses. Le prélèvement intéresse également des fragments de caduque partiellement nécrosés et infiltrés de polynucléaires neutrophiles.

2ème curetage sans villosités placentaires.

- Evolution

- clinique : après 4 semaines va bien

- Prolans




Inférieur à 1500 UL après 2 mois

4 - PASN.....Jacqueline 38 ans

- antécédents

- généraux : appendicectomie
- hernie inguinale droite

- gynécologiques :

- première règles 15 ans ½
- cycles 26 jours
- règles indolentes

- obstétricaux :

- 3 grossesses : 2 normales, un avortement molaire 4 années avant la grossesse actuelle, l'expulsion a été spontanée à 4 mois : il y avait des métrorragies et un syndrome toxique. Traitée par curetage et méthotrexate

- Grossesse actuelle

- évolution

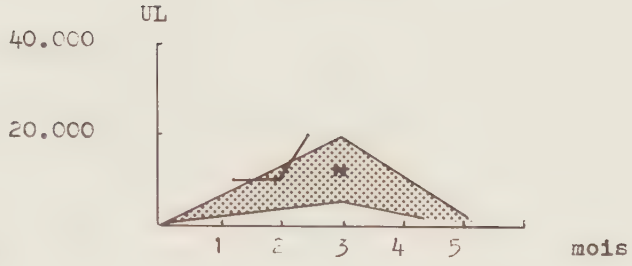
Les premiers signes pathologiques apparaissent à un mois de gestation sous forme de métrorragies de sang rouge ou brunâtre allant du léger suintement à l'hémorragie importante avec arrêts et récidives. Le médecin traitant met en route un traitement oestro-progestatif. Quelques jours après on assiste à une forte métrorragie qui cesse en 48 heures. La malade est adressée dans le service pour suspicion de môle.

- examen clinique

- perte de 1 Kg depuis le début de la grossesse
- bon état général
- utérus douloureux - col fermé ne saigne pas - annexes normales - hauteur 3 mois soit augmentée par rapport au terme.

- Examens complémentaires

- prolans




- Döppler : négatif
- écho B : môle hydatiforme

- Traitement

- 1er curage digital ramenant une môle complète
- 2ème curage après 5 jours

- Anatomo-pathologie

Le prélèvement examiné montre une caduque dissociée par les hémorragies. Les villosités placentaires de grandes tailles présentent un gonflement hydropique du stroma et sont avasculaires. A certains endroits le syncytiotrophoblaste est hyperplasique, ses éléments présentent des noyaux très volumineux et un cytoplasme spumeux.

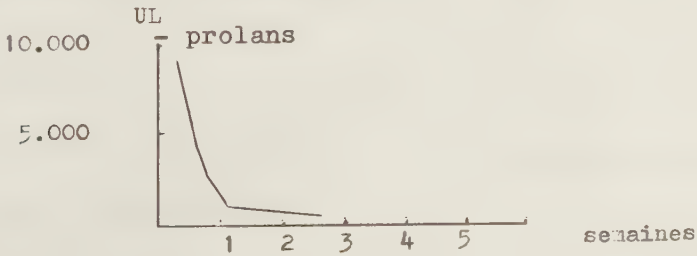
Conclusion : môle hydatiforme avec hyperplasie trophoblastique.

2ème curetages : pas de vésicules.

- Evolution

- clinique

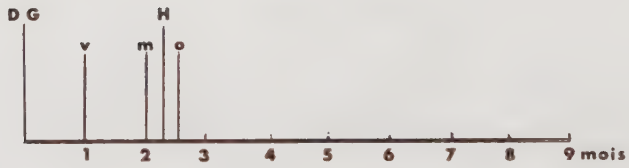
Après curage persistance d'hémorragies pendant 4 jours et début de phlébite. Puis évolution satisfaisante la malade sort après huit jours



5 - DAU..... Denise 42 ans

- antécédents
  - généraux : asthme
  - gynécologiques :
    - premières règles à 14 ans
    - cycles 15 jours
    - durée des règles 5 jours
  - obstétricaux :
    - 5 grossesses normales
    - 1 accouchement prématuré
    - 2 fausses couches

- Grossesse actuelle
  - évolution

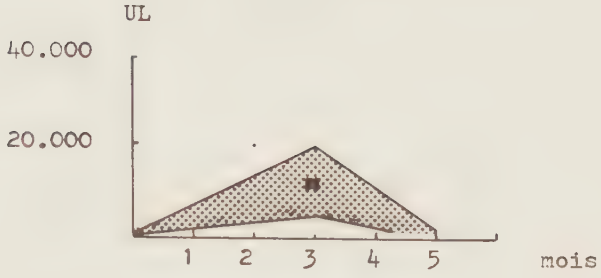



Grossesse chez une multipare évoluant avec des vomissements sans importance caractéristique. A 2 mois de gestation apparition de métrorragies séro sanglantes, d'abondance faible avec douleurs pelviennes. Le diagnostic évoqué avant l'hospitalisation est celui de grossesse extra-utérine.

- examen clinique
  - pouls 70 /min
  - tension artérielle 11-7
  - pas de saignements
  - utérus volumineux par rapport à l'âge de la gestation
  - masse latéro utérine droite sensible
  - Douglas douloureux

- examens complémentaires

- Prolans




- Döppler : négatif

- écho B : cavité utérine partiellement remplie d'échos peu homogènes groupés au niveau de la paroi postérieure - môle hydatiforme.

- Traitement

- 1er curetage montre des vésicules molaires et un embryon

- 2ème curetage après 48 heures

- Anatomo-pathologie

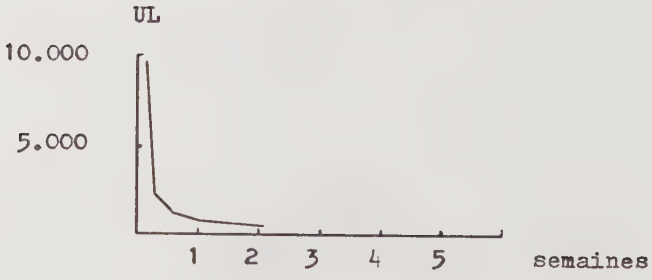
Les prélèvements systématiques montrent un aspect hétérogène du placenta. Certaines villosités sont scléreuses partiellement et petites, d'autres sont discrètement oedémateuses, hydropiques et avasculaires. Cependant à l'exception de ces quel ques villosités le réseau vasculaire villositaire et chorial est normalement développé, les villosités sont toutes revêtues d'un trophoblaste assez nettement proliférant. En quelques endroits, ce trophoblaste est discrétement crênelé mais ne dessine jamais de véritables microkystes, la plaque basale est infiltrée de très nombreux polynucléaires. Présence de tissu embryonnaire : image non caractéristique d'une triploïdie mais n'excluant pas une aberration chromosonique. Pas de malignité.

- Evolution

- clinique

suites normales

- Prolans



6 - MEN..... Marie-Paule 28 ans

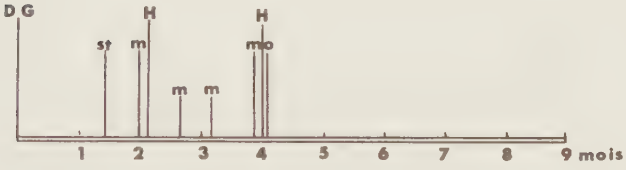
- antécédents

  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - cycles de 33 jours
    - abondance et durée des règles normales
  - obstétricaux
    - 2 grossesses

Femme Rh - Père Rh + n'a pas reçu de gamma globuline anti D

- Grossesse actuelle

  - évolution




Grossesse chez une multipare avec asthénie isolée au début. A 2 mois de gestation surviennent des métrorragies peu abondantes et répétées accompagnées de douleurs pelviennes bilatérales. Les métrorragies se rapprochent et deviennent quotidiennes. La malade est hospitalisée pour fausse couche.

- examen clinique

  - utérus col fermé - culs de sac libres : hauteur de 3 mois (inférieure à ce que voudrait le terme)

- examens complémentaires

  - prolans > 1500 UL
  - Döppler négatif (à 10 semaines et à 18 semaines)
  - écho B : non pratiqué

- Traitement

2 curetages à 3 jours d'intervalle dont le premier ramène des vésicules molaires à gros grains.

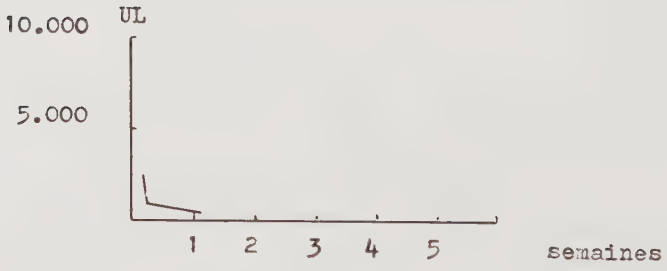
- Anatomo-pathologie

Le prélèvement examiné montre une caduque en grande partie nécrosée et infiltrée par endroits d'éléments inflammatoires riches en polynucléaires. Les villosités placentaires, de grande taille montrent un stroma oedémateux dépourvu de vaisseaux. On note une intense prolifération trophoblastique à noyaux bourgeonnants avec des mitoses du syncytio-trophoblaste.

Conclusion : môle partielle

- Evolution

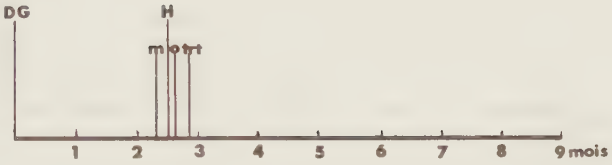
- clinique bonne
- prolans



7 - GOM ..... Maria 23 ans

- antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - cycles réguliers
    - règles durée 5 jours
  - obstétricaux :
    - 1 grossesse

- Grossesse actuelle
  - Evolution




Grossesse à déroulement normal qui à 2 mois ½ de gestation aboutit à une fausse couche brutale avec douleurs et choc.

- examen clinique
  - choc
  - utérus hauteur normale
- examens complémentaires
  - prolans > 50 000 UI

- Traitement

2 curetages à 3 jours d'intervalle, le premier ramène de très nombreuses vésicules molaires.

- Anatomo-pathologie

Les prélèvements examinés sont constitués par des villosités de grandes tailles, avasculaires et montrant une dégénérescence hydropique de leur stroma. La prolifération trophoblastique parait modérée. Absence de structure embryonnaire

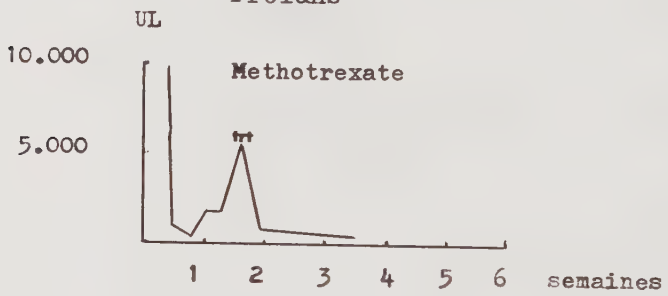
Conclusion : môle hydatiforme

- Evolution

- clinique :

Après une semaine persistance de signes cliniques et remontée des prolans. Un traitement de méthotrexate (25 mg I.V pendant 5 jours) est institué. L'évolution postérieure est bonne.

- Prolans




Après 9 mois prolans <150 UL à plusieurs dosages successifs.

8 - PIN..... Bernadette 20 ans

- antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - premières règles à 11 ans ½
    - cycles 30 jours
    - durée des régles 5 jours
  - obstétricaux : néant

- Grossesse actuelle
  - évolution

Grossesse où d'emblée l'on constate l'existence d'une albuminurie à 10 g/l avec nausées, vomissements sans perte de poids, asthénie et lipothymies, sans hypertension artérielle. Après 2 mois ½ de grossesse apparaissent des métrorragies indolentes puis accompagnées de douleurs pelviennes, ces métrorragies sont abondantes et entrainent une anémie sévère. Elle nous est adressée par un hôpital périphérique pour suspicion de môle.

- Examen clinique
  - Volume utérin supérieur au terme, variant d'un examen à l'autre
  - douleur de la fosse iliaque droite
  - cul de sac droit douloureux.
- Examens complémentaires
  - globules rouges 1 M 8
  - prolans > 25000 UL
  - Döppler non pratiqué
  - Echo B non pratiqué

- Traitement

2 curages digitaux à deux jours d'intervalle le premier ramenant des vésicules molaires.

- Anatomo-pathologie

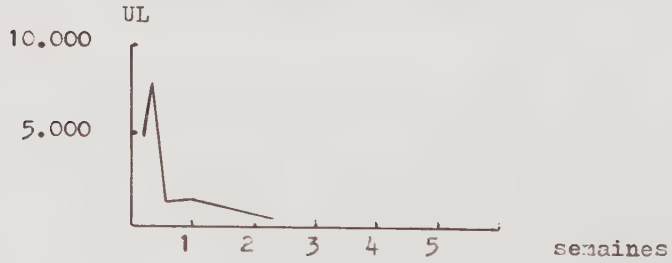
Les prélèvements examinés montrent des villosités de grande taille à stroma extrêmement oedémateux, dépourvues de vaisseaux. La prolifération trophoblastique est d'intensité moyenne faite de cellules cubiques polyédriques à limites cellulaires nettes, fortement chromatiques parfois irrégulières. Le diagnostic est celui de môle hydatiforme sans caractère de malignité mais de pronostic difficile.

2ème curage normal.

- Evolution

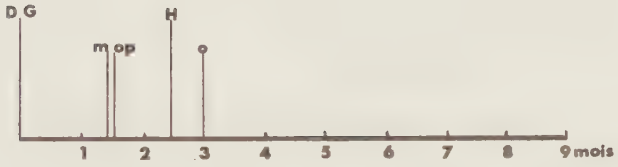
- clinique : bonne avec regression des kystes en un mois.

- prolans



9 -YZYD..... Marie-Christine 23 ans

- antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - premières règles 11 ans ½
    - durée des règles 5 à 6 jours, peu abondantes, indolentes
    - cycles réguliers
    - traitée pour stérilité par clomifène et H.C.G.
  - obstétricaux :
    - une fausse couche de 1 mois ½ après un voyage
- Grossesse actuelle
  - évolution




Grossesse survenue après traitement pour stérilité. Après 7 semaines de gestation apparition de pertes rosées, indolentes, se répétant de manière irrégulière et devenant plus abondantes.Après un premier traitement oestro progestatif, l'hospitalisation est décidée.

- Examen clinique
  - bon état général
  - hauteur utérine compatible avec l'âge gestationnel
  - col fermé et long - culs de sac libres
- Examens complémentaires
  - prolans 28000 UI
  - Döppler : négatif à 2 mois ½;3 mois
  - écho B

Les coupes longitudinales et transversales montrent dans la cavité utérine des échos placentaires au niveau de la paroi antérieure et débordant vers les parois latérales. Les échos n'occupent qu'en partie cette cavité. Eléments compatibles avec une môle partielle.

- Traitement

- 2 curages digitaux à 3 jours d'intervalle, le premier ramenant des vesicules molaires.

- Anatomo-pathologie

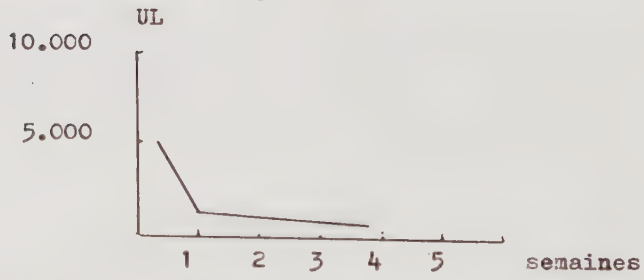
Les prélèvements examinés sont constitués par des fragments de caduque maternelle et par des villosités placentaires parfois en voie fibreuse. Il existe d'assez nombreuses villosités qui sont le siège d'un gonflement hydropique du stroma avec absence de vaisseaux et prolifération trophoblastique. Bien que l'on observe dans certaines villosités très volumineuses des invaginations du revêtement trophoblastique qui pourraient faire évoquer l'aspect d'une môle embryonnée, l'aspect est celui d'une môle hydatiforme.

- Evolution

- clinique

suites très satisfaisantes

- prolans



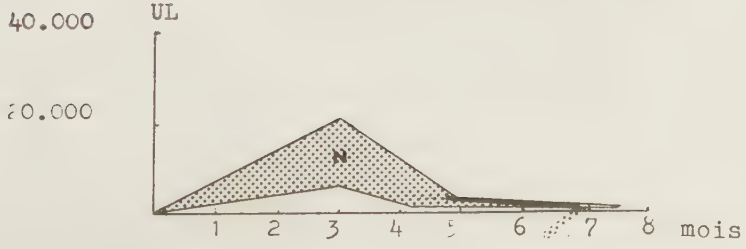
10 - THI..... Abelienne 25 ans

- antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques
    - premières règles 14 ans
    - cycles 28 jours - durée des règles 4 à 5 jours
    - dysménorrhée - dyspareunie - leucorrhée
  - obstétricaux :
    - 2 grossesses normales

- Grossesse actuelle
  - évolution

Grossesse à déroulement normal au début avec seulement quelques vomissements. Ultérieurement on constate une absence de prise de poids puis un amaigrissement important. Les pôles foetaux ne sont pas retrouvés, les bruits du coeur foetal sont absents. Elle est hospitalisée pour mort foetal.

- examen clinique
  - utérus mou, indolent, hauteur de 2 à 3 mois
  - col fermé et mou
  - pas de pôlesni de BDC foetaux
- examens complémentaires
  - prolans



- Döppler : négatif

- écho B : utérus augmenté de volume, rempli d'échos inorganisés, on ne peut identifier ni placenta, ni échos foetaux, tout au plus une plage liquidienne permet d'évoquer soit la cavité amniotique, soit le crâne foetal. En conclusion, l'examen est en faveur d'une mort foetale avec vraisemblablement macération. On ne peut éliminer la possibilité d'une grossesse un peu inférieure à 2 mois ou le Döppler est encore négatif et le contenu utérin difficile à analyser.

- G.R : 4 M 7

- Traitement

2 curages à 48 heures, le premier ramenant des fragments pseudo molaires.

- Anatomo-pathologie

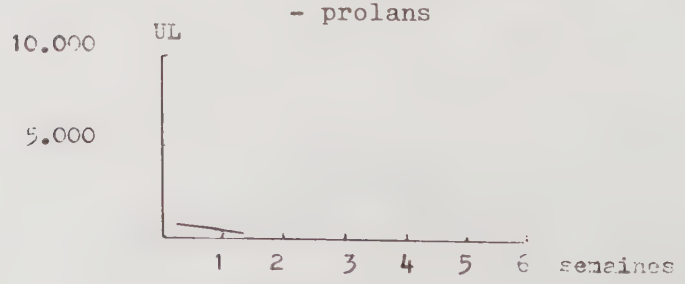
Les prélèvements examinés intéressent de multiples fragments de tissu placentaire, de caduque et de myomètre. La plupart des villosités sont volumineuses, hydropiques et avasculaires. D'autres sont partiellement scléreuses. Il existe une hyperplasie et une anaplasie trophoblastique modérée. Dans certaines plages on note une vacuolisation cytoplasmique syncitiale et quelques noyaux hyperchromatiques et bourgeonnants. Parfois le revêtement prend un aspect crênelé et s'invagine dans le chorion villositaire pour former quelques microkystes à double assise cyto et syncytiotrophoblastique. D'autre part,on note la présence d'une bande fibreuse doublée d'un revêtement amniotique témoignant de l'existence d'une cavité amniotique.

On n'observe aucun envahissement des différents petits fragments de myomètre Certains aspects pouvaient faire envisager le diagnostic de triploïdie, cependant la présence de certaines plages hyperplasiques et anaplasiques du revêtement trophoblastique doit inciter à considérer cette lésion comme une môle hydatiforme.

- Evolution

- clinique : bonne

- prolans



11 - GRU..... Christine 45 ans

- Antécédents
  - généraux : hépatite
    - dépression nerveuse
    - dilatation des bronches
  - gynécologiques :
    - premières règles 15 ans
    - cycles 27 à 28 jours
    - durée des règles 1 à 2 jours
  - obstétricaux :
    - 3 grossesses normales
    - 1 fausse couche

- Grossesse actuelle
  - Evolution

Grossesse chez une multipare porteuse d'un utérus fibromateux. Au deuxième mois apparition de métrorragies de faibles importances, mais répétées avec vomissements et amaigrissement ( 8 Kg). Elle est hospitalisée pour suspicion de môle.

- Examen clinique
  - T.A. : 10 - 7
  - utérus mou, col fermé hauteur 16 cm supérieure à ce que voudrait le terme
- Examens complémentaires
  - prolans 1 à 2 M d'UI
  - Döppler négatif

- Echo B : image typique de môle. Sur les coupes transversales et sagittales il n'apparaît ni cavité amniotique, ni structure foetale. Sur les coupes transversales hautes on met en évidence de très nombreux échos placentaires emplissant toute la cavité utérine dont le fond monte à 2cm au dessus de l'ombilic. Sur les coupes transversales basses pratiquées à 1 ou 2 cm au dessus de la symphyse pubienne ces échos sont nettement moins denses, clairsemés et limités par un liseré d'échos légèrement plus denses.

- Traitement

hystérectomie totale (compte tenu de l'âge et de l'état utérin)

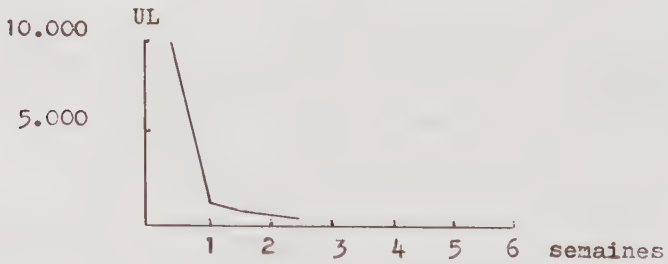
- Anatomo-pathologie

Cavité utérine occupée par une masse molaire faite d'un amas de vésicules translucides de taille variable, englobées dans des caillots sanguins. Les prélèvements examinés montrent des villosités de grande taille à stroma extrêmement oedématié et dépourvu de vaisseaux. Il existe une prolifération trophoblastique marquée beaucoup plus profonde au niveau de l'implantation . Dans les vaisseaux du myomètre, on retrouve de volumineux éléments trophoblastiques sans villosités, ces aspects correspondent à une môle hydatiforme particulièrement aggressive.

- Evolution

- clinique : bonne sous Méthotrexate de couverture.

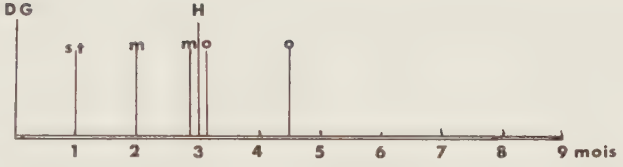
- prolans



12 - BEN..... Baya 24 ans

- Antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - premières règles : 15 ans
    - cycles réguliers
    - durée des règles 3 à 4 jours
  - obstétricaux :
    - 4 grossesses normales

- Grossesse actuelle
  - Evolution




Grossesse d'emblée pathologique avec asthénie, vomissements sans amaigrissement et apparition d'une dysgravidie précoce avec tension artérielle à 16-10, albuminurie et oedèmesdes membres inférieurs. Au terme de 2 mois apparaissent des métrorragies avec caillots, répétitives, aboutissant à une hémorragie cataclysmique qui motivera l'hospitalisation.

- Examen clinique
  - utérus dur, hauteur 29 cm très supérieure au terme
  - col postérieur et perméable
  - masse abdominale du flanc gauche (kyste lutéïnique).

- Examens complémentaires
  - globules rouges 1 M 7
  - prolans 500.000 à 700.000 UI

- Traitement

Evacuation par aspiration
Il n'est pas effectué au curetage de la cavité.

- Anatomo-pathologie

Les prélèvements adressés au laboratoire sont constitués par une quantité importante de débris placentaires mêlés à des caillots sanguins. Les prélèvements intéressent des fragments de caduque dissociés par des hémorragies et en grande partie nécrosés. Certaines villosités relativement bien conservées montrent un axe oedémateux et avasculaire. Par endroit on note une prolifération trophoblastique à noyaux volumineux et hyperchromatiques. L'aspect histologique est compatible avec le diagnostic de môle hydatiforme.

- Evolution

- clinique :

Après une évolution normale, la malade sort. La masse kystique diminue mais l'utérus reste gros et les prolans remontent légèrement (cf schéma) on pratique :

- téléthorax : image normale

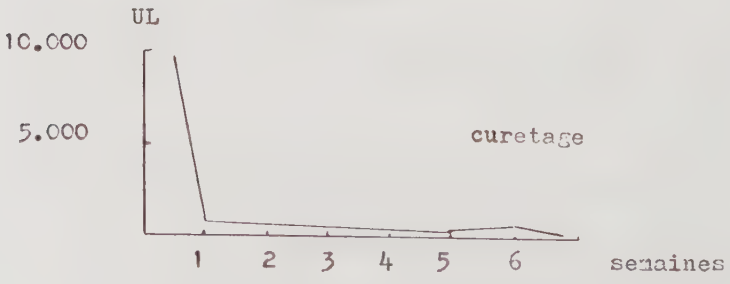
- hystérosalpyngographie : image lacunaire évoquant un résidu molaire, une môle disséquante, un chorio épithéliome.

- écho B : absence de vésicule

- un curetage biopsique : pas de villosités placentaires ni de prolifération trophoblastique.

Ultérieurement bonne évolution.

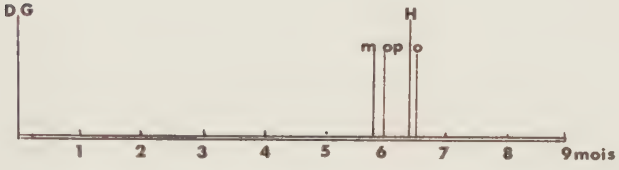
- prolans



13 - TES..... Mireille 25 ans

- Antécédents
  - généraux : néant
  - gynécologiques :
    - premières règles 12 ans
    - cycles 28 jours
    - durée des règles 4 à 5 jours
  - obstétricaux :
    - 1 grossesse accouchée par césarienne (siège)

- Grossesse actuelle
  - Evolution




Grossesse à déroulement normal. Au terme de 6 mois apparition de petites pertes sanglantes faisant mettre en route un traitement progestatif, la persistance des hémorragies et l'absence de bruits du coeur induisent à hospitaliser.

- Examen clinique
  - bon état général
  - utérus mou, absence de pôles foetaux.
  - hauteur 17 cm, faible par rapport au terme
  - pas de BDC foetaux
- Examens complémentaires
  - prolans : 2100 à 4200 UI
  - Döppler : négatif
  - écho B :

Les différentes coupes pratiquées montrent un utérus remontant jusqu'à 3 cm au dessus de l'ombilic. La coupe pratiquée à 2 cm au dessus de l'ombilic montre à l'intérieur de l'utérus quelque chose de densité supérieure à ceux engendrés par le placenta et qui peuvent appartenir à la structure foetale bien que celle-ci n'est jamais été objectivée de façon certaine. Conclusion : pas de vie foetale, liquide amniotique et placenta présents.

- Traitement

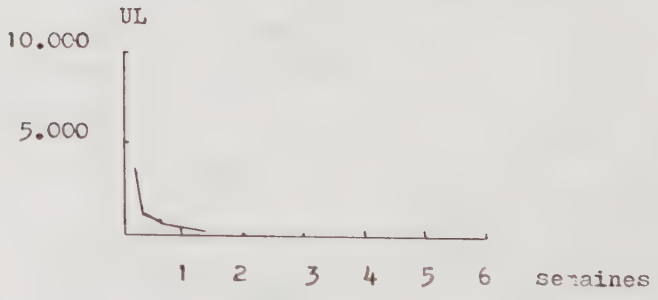
2 curetages à 48 heures d'intervalle. Le premier montre un placenta molaire sans embryon.

- Anatomo-pathologie

Les prélèvements examinés intéressent un placenta ou d'assez nombreuses villosités sont volumineuses, d'aspect sub-molaire mal vascularisées. Leurs limites périphériques sont anfractueuses, festonnées, bordées d'un trophoblaste tendant à circonscrire des microcavités périphériques ou à s'invaginer dans le chorion pour former des microkystes à double assise cyto et syncytiotrophoblastique. L'activité du trophoblase paraît réduite. D'autres villosités sont fibreuses ou englobées dans la fibrine. Ces images correspondent bien à un placenta de triploïdie (môle embryonnée avec retention intra utérine de longue durée). Il n'a pas été constaté de signes histologiques de malignité, ni d'inflammation spécifique dans les limites du prélèvement examiné.

- Evolution

- clinique normale
- prolans



## C - Etude clinique

La môle hydatiforme se traduit par un tableau clinique plus ou moins complet comportant isolément ou en association les signes suivants :

- métrorragies du premier trimestre de la grossesse
- signes toxiques : vomissements, asthénie, amaigrissement, voire dysgravidie précoce
- gros utérus par rapport à l'âge de la gestation, absence de bruits du coeur et de pôles foetaux
- kystes lutéïniques

Notre étude va tenter d'établir les corrélations entre la description classique et ce que nous avons retrouvé dans nos observations.

### - Absence de symptômes

#### Description clinique

Il a été décrit des cas de môle asymptomatique où le diagnostic n'a pu être fait qu'après expulsion : 10 % des môles seraient ainsi pour P.MAGNIN Les études concernant cet aspect montrent qu'il s'agit généralement de dégénérescences partielles dans le cadre d'une grossesse gémellaire ou d'une môle embryonnée (certains auteurs considèrent d'ailleurs cel le-ci comme une dégénérescence sur des oeufs jumeaux)

L'un des foetus est toujours mort, l'autre peut soit être évacué, soit rarement évoluer jusqu'au terme.

De tels cas ont été décrits par BLANC B et Coll (9), BRUNET JC (17), JAHIER H et Coll.(45)

#### Etude des observations observation n° 7

L'observation n° 7 montre une môle asymptomatique se traduisant par un avortement brutal et très hémorragique au terme de 2 mois ½ : la môle est complète.

Si l'on étudie les môles partielles ou embryonnées

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| môle partielle ou embryonnée | | | | | ▒ | ▒ | | | ▒ | | | | ▒ |
| môle avec un seul signe | | | ▒ | | | ▒ | ▒ | | ▒ | | | | ▒ |

▒ signe présent

Nous constatons que 3 môles partielles sur 4 ne comportaient qu'un seul signe clinique mais cette symptomatologie réduite se retrouve dans des môles complètes et l'observation n° 5 montre une môle partielle à symptomatologie riche.

## Conclusion

Si la môle partielle ou embryonnée donne moins de signes que la môle complète, la présence d'une môle asymptomatique 1 cas sur 13 ne nous semble pas toujours y correspondre.

- Métrorragies

Observations n° 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13

Description clinique

Les métrorragies représentent le signe le plus constant de la description de la môle.

Elles surviennent au cours des 3 premiers mois de la gestation, et ce, de manière inopinée.

Elles sont : - indolores
- séro-hématiques mais aussi constituées de sang rouge ou noirâtre, plus ou moins mêlé de caillots.

Leur abondance est variable

- perte séro hématique discrète
- ou grande hémorragie cataclysmique nécessitant une intervention d'urgence.

Dans son évolution immédiate

- la métrorragie peut être isolée : après un petit écoulement l'arrêt se produit soudainement.
- la métrorragie peut être persistante.

A plus long terme : les métrorragies vont se reproduire de manière capricieuse, sans système, variant en qualité et en quantité d'une fois à l'autre, laissant parfois de grands moments de latence ou affectant un rythme quotidien.

Le retentissement sur l'état général peut :

- être nul
- se manifester par une asthénie témoin d'une anémie discrète
- donner des signes d'anémie profonde
- donner un état de choc.

Ainsi nous aurons des métrorragies qui seront d'aspect très banal et qui feront souvent évoquer une simple menace d'avortement pouvant inciter à pratiquer un traitement hormono-protecteur. Deux éléments peuvent malgré tout attirer l'attention : l'évolution capricieuse et la persistance de ces métrorragies.

Etude des observations

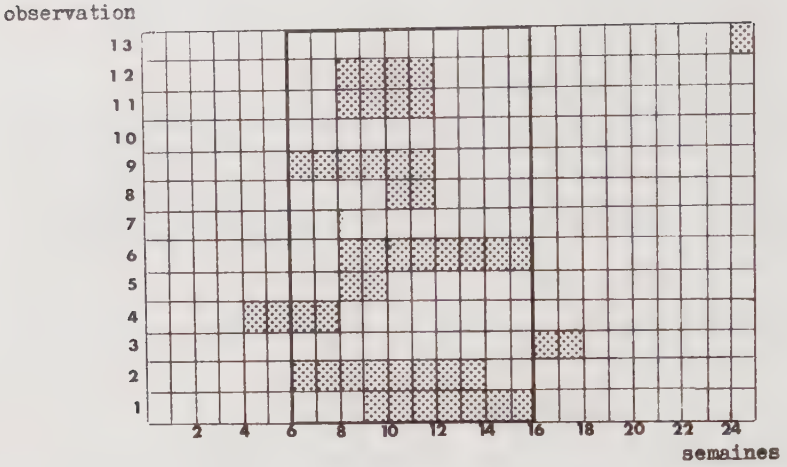



Figure 1 : date des métrorragies au cours de la grossesse

Le signe ⁘ indique la présence de métrorragies pendant une période, il ne donne pas d'indication quant à l'abondance, au rythme, au temps de latence entre chaque épisode

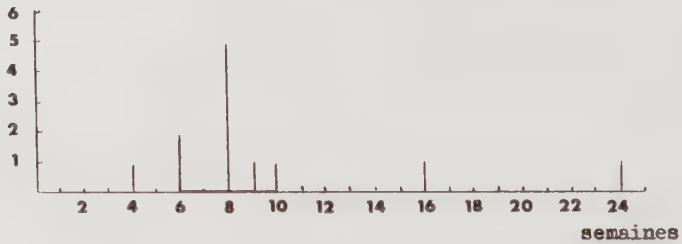



Figure 2 : fréquence des métrorragies en fonction de l'âge gestationnel

## Commentaire

### Figure n° 1

Les métrorragies sont présentes dans 12 cas sur 13.

4 fois (obs. n° 1, 3,7 et 8) les hémorragies étaient importantes, dont une où l'intervention a dû se faire en urgence. Les trois autres fois la gestation s'est poursuivie de 2 à 7 semaines à partir du début des métrorragies.

Dans les 8 autres observations avec métrorragies, il s'agissait de saignements de faible ou de moyenne abondance parfois de pertes séro-sanglantes, parfois de pertes brunâtres ou noirâtres accompagnées de caillots. Elles se répétaient de manière capricieuse, sans rythme défini, variant en abondance, pouvant même aboutir à une hémorragie cataclysmique (n° 12).

Par rapport au début des métrorragies, il s'est écoulé avant le diagnostic :

2 semaines dans 5 cas
3 semaines dans 1 cas
4 semaines dans 3 cas
4 à 8 semaines dans 3 cas

soit un délai de 2 à 8 semaines.

L'intervention a eu lieu avant 4 semaines dans 3/4 des cas.

La métrorragie était le seul signe dans les observations n° 3,4,7,9 et 13.

### Figure n° 2

5 fois sur 12 la date de survenue se situe autour de la 8ème semaine.

10 fois sur 12 la date de survenue est comprise entre 6 et 10 semaines.

L'observation n° 3 où les hémorragies débutaient après 16 semaines est un cas de môle sans symptôme où les métrorragies apparaissent après un accident de la voie publique.

L'observation n° 13 (métrorragies après 24 s.) est une môle embryonnée pour laquelle les métrorragies sont le seul signe.

## Conclusions

Les métrorragies constituent un signe quasi constant de la môle (12 cas sur 13). Ces chiffres concordent avec ceux de BRUNET JC (17) qui sur 110 observations de môles retrouve ce signe dans 97 % et avec ceux de P. MAGNIN 85 % .

Elles sont isolées dans 1/3 des cas

Elles sont survenues 10 fois sur 12 avant la fin du 3ème mois de gestation avec un maximum de fréquence vers la 8ème semaine. Toutefois les causes de métrorragies étant nombreuses à cette période de la grossesse, elles n'orientent pas toujours vers cette étiologie.

L'aspect qualificatif et quantitatif des métrorragies est très variable allant de la perte séro hématique à l'hémorragie cataclysmique ce qui empêche tout diagnostic basé sur ce critère.

Dans 2/3 des cas, ces hémorragies évoluent de manière très capricieuse et ce mode évolutif classique semble être une très bonne caractéristique des métrorragies de la môle hydatiforme.

Quoiqu'il en soit, il a fallu un délai moyen de 2 à 8 semaines à partir de ce symptôme pour que le diagnostic soit porté. Il est curieux de constater que, à plusieurs reprises, la patiente a attendu quelques temps avant de consulter pour ses métrorragies notamment lorsque celles-ci étaient modérées. Il semble qu'en 1975 la visite serait plus précoce probablement du fait d'une meilleure information des parturientes.

## - Douleurs

### Description clinique

Les métrorragies de la môle hydatiforme sont habituellement indolentes; les douleurs n'apparaissent qu'au moment de l'expulsion de l'oeuf, du fait des contractions utérines. Il est malgré tout signalé des douleurs provoquées lors de l'examen par l'existence d'une sensibilité utérine particulière à la môle. Ces éléments sont retrouvés par GARMIER R et COLL (36) dans la moitié des cas et par MAILHAC M (59)

### Etude des observations

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| douleurs provoquées | | | | ▒ | | | | ▒ | | | | ▒ | |
| douleurs spontanées | | | | | ▒ | ▒ | | ▒ | | | | | |
| douleurs expulsives | | | | | | | ▒ | | | | | | |

▒ signe présent

Les douleurs sont retrouvées dans 6 observations :

- 3 fois (n° 4,7 et 12) il s'agit de douleurs survenant à l'occasion d'un examen gynécologique.

- 3 fois (n° 5, 6 et 8) il s'agit de douleurs spontanées. Ces douleurs sont plus annexielles qu'utérine et peuvent être attribuées à des kystes lutéïniques ovariens volumineux. Dans le cas n° 6, il n'a pas été décelé de cause précise.

### Conclusions

Outre les cas de douleurs expulsives ou provoquées à l'examen sur un utérus qui saigne et évacue des caillots, 1/4 de nos observations s'accompagnent de douleurs mal expliquées sauf peut être par la présence de kystes lutéïniques.

Ainsi la présence de douleurs spontanées si elle demeure rare ne va pas à l'encontre du diagnostic de môle . Elle pourrait même, si l'on n'y prend garde, entrainer une fausse orientation.

## - Signes toxiques

Ce chapitre comporte l'étude d'une série de signes dont le caractère toxique est plus ou moins accentué. Nous y retrouvons une symptomatologie allant des vomissements à une véritable néphropathie gravidique. Ces signes sont associés de manière très diverse.

### . Vomissements

#### Description clinique

Ils constituent l'un des signes de la môle sans que l'on puisse, dans la littérature médicale, leur trouver un aspect bien spécifique.

La description qu'en donne M.LACOME est la suivante : " éxagération plus ou moins évidente mais quelques fois très marquée des signes sympathiques " . De fait, présents dans plus de 50 % des grossesses jusqu'au 3ème mois environ, ils doivent être considérés comme banals par le médecin lorsqu'il a pu éliminer une cause organique; et même, du moins en milieu rural, bien des femmes ne penseront pas être enceintes si elles ne ressentent ni nausées, ni vomissements. C'est dire que le problème des vomissements de début de grossesse, période de la pathologie molaire, est bien vaste, et, au travers desnombreuses étiologies évoquées, assez mal connu.

Dans la môle, les vomissements peuvent être banals ou éxagérés pouvant même aboutir à un état de dénutrition.

Ils auraient, toutes causes organiques exclues, une plus grande valeur diagnostique, s'ils persistent ou apparaissent au delà du 3ème mois.

Pour BRUNET JC (17) et LECOCQ J (53) ils seraient particulièrement rebelles aux thérapeutiques usuelles (mais n'en va-t-il pas de même pour les causes psychiques).

Enfin, ils peuvent avoir un retentissement sur l'état général ce qui n'est pas le cas des vomissements dits " normaux ".

GARMIER et coll.(36) les retrouve dans 1/3 des cas

MAGNIN P dans 15 %

Notons que ces chiffres sont peu évocateurs par rapport aux grossesses normales.

Etude des observations n° 1,5,8,10,11,12

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| vomissements | ▒ | | | | ▒ | | | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ | |
| atteinte de l'etat géneral | ▒ | | | | | | | ▒ | | ▒ | ▒ | | |

Figure 1

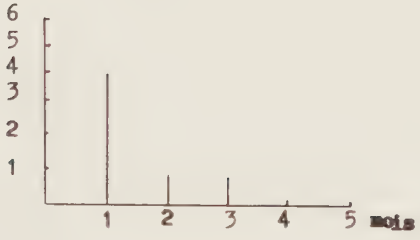



Figure 2 - Fréquence des vomissements en fonction de l'âge gestationnel

Les vomissements sont présents dans 6 observations sur 13.

Un retentissement sur l'état général est observé 4 fois allant de l'asthénie notable à l'amaigrissement.

4 fois (n° 5,8,10,12) ils sont compatibles avec des vomissements normaux quant à leur date d'apparition.

2 fois (n° 1 et 12) la survenue en est plus tardive et le retentissement général plus profond.

Conclusion

Les vomissements ne sont pas constants en cas de môle. Leur existence tend à devenir significative lorsqu'ils se répètent ou qu'ils retentissent sur l'état général

Peut être faut-il noter la valeur d'une survenue plus tardive que normalement (passée la 6ème semaine d'aménorrhée

## .Amaigrissement

### Description clinique

Normalement le poids d'une femme enceinte s'accroit pour deux raisons :

- le développement du foetus, de ses annexes et par l'hypertrophie utérine qui en découle
- la rétention hydrique inhérente aux modification métaboliques de la gestation .

Chacun de ces facteurs intervient environ pour moitié dans la prise pondérale qui, au terme, atteint 9 à 12 kg

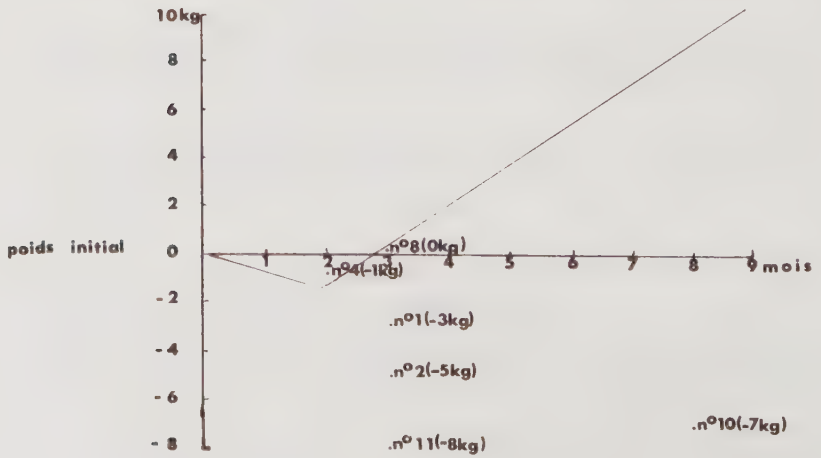
L'évolution pondérale de la femme enceinte comporte deux phases :

- Les 2 premiers mois, le poids est soit stationnaire, soit en diminution de 1 à 2 kg
- les 7 derniers mois la prise pondérale atteint 1 à 1,5 kg par mois.

Il est reconnu que toute prise de poids inférieure à 5 kg pour toute la durée de la grossesse doit être considérée comme pathologique.

Dans la môle,une absence de prise de poids ou un amaigrissement sont classiques encore qu'ils soient mal expliqués. Certains facteurs peuvent intervenir, entre autre les vomissements, les modifications métaboliques,voire si l'on atteint un stade avancé, l'absence de foetus.

### Etude des observations n° 1,2,4,8,10,11



Notons que nous n'avons pas pu avoir la courbe pondérale de chaque malade celles-ci n'ayant pas été suivies dans le service, et remarquons combien il serait intéressant que chaque gestante établisse de manière régulière sa courbe de poids (chaque semaine par exemple)

L'évolution pondérale de ces 6 observations va de l'absence de prise de poids à 3 mois, à la perte de 8 kg.

Les observations n° 4 et 8 gardent des poids sensiblement compatibles avec une grossesse normale compte tenu du terme.

Les observations n° 1,2,10 et 11 montrent une chute pondérale nettement pathologique

4 fois il existait des vomissements, leur importance était notable dans 3 cas (n° 1,8 et 11).

L'importance de l'amaigrissement ne peut être totalement justifiée par une seule explication dans tous les cas.

## Conclusion

Nous constatons un amaigrissement franc dans 1/3 des observations. Celui-ci semble généralement en rapport avec l'intensité et la fréquence des vomissements gravidiques.

Il faut signaler à ce propos que diverses observations de vomissements graves de grossesses avec amaigrissement notable (3 à 10 kg) ont pu être effectuées dans la même période sans qu'il s'agisse de grossesses molaires. L'une d'entre elles concernait une grossesse trigemellaire.

## . Asthénie

### Description clinique

C'est l'un des éléments du syndrome toxique de la môle, son appréciation est difficile compte tenu de la grande fréquence actuelle de ce signe.

Elle reste malgré tout explicable tant par les vomissements et l'amaigrissement que par les hémorragies et la dysgravidie.

Tous les degrés peuvent se rencontrer.

### Etude des observations n° 1,2,8,10,11,12

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asthénie | ▒ | ▒ | | | | | | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ | |
| Vomissements | ▒ | | | | | | | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ | |
| Amaigrissement | ▒ | ▒ | | | | | | ▒ | | ▒ | ▒ | | |
| Anémie | ▒ | ▒ | | | | | | ▒ | | | | ▒ | |
| Dysgravidie | | | | | | | | ▒ | | | | ▒ | |

* vomissements, amaigrissement, anémie, dysgravidie ne sont étudiés ici que s'il existe une asthénie.

- Asthénie présente 6 fois / 13
- l'asthénie n'est jamais isolée

et peut chaque fois être expliquée par la présence d'un autre signe.

### Conclusion

L'asthénie est un signe d'intérêt limité, élément d'appoint présent lorsque des signes pathologiques déjà importants existent.

. Néphropathie gravidique

Description clinique

Il s'agit de signes rénaux survenant chez une femme enceinte sans antécédent pathologique rénal.

On retrouve des signes allant de l'albuminurie isolée à l'albuminurie associée à une hypertension, à des oedèmes, à une oligurie, réalisant une véritable néphropathie gravidique précoce comparable au syndrome toxémique des derniers mois de la grossesse.

La survenue d'une telle symptomatologie avant le 6ème mois serait très évocatrice de la môle (BARMIER R et coll. (36), MAILHAC M (59), LE LIRZIN R (54) ). Il a même été décrit des évolutions avec accidents éclamptiques graves (HARPER WF, MAC VICAR J (40) ).

La fréquence d'apparition de ce syndrome toxique semble très variable : MAGNIN P 15 % des cas, BRUNET JC 16 %, HOLMAN SHOMES 2 %, MAILHAC M (59) 50 %.

Etude des observations n° 8 et 12

- n° 8 : albuminurie isolée survenue dès le début de la gestation, les autres signes molaires apparaissent à 2 mois ½ de gestation.

- n° 12 : grossesse pathologique d'emblée avec un syndrome toxémique associant albuminurie, hypertension artérielle à 16-10, oedèmes des membres inférieurs. On note en plus des vomissements. La grossesse s'interrompt brutalement à 3 mois de gestation.

Conclusion

Les signes de néphropathie gravidique vont de l'albuminurie isolée à la dysgravidie franche , la survenue précoce est une particularité importante. Nous les retrouvons 2 fois sur 13 ce qui est notable.

## - Kystes Lutéïniques

### Description clinique

Les kystes lutéïniques, très rares dans les grossesses normales sont retrouvés avec une fréquence significative par HOLMAN 12 %, BRUNET JC (17) 22,5 %. Pour PALLIEZ R et coll.(61) ils sont exceptionnels.

Ils sont classiquement bilatéraux, d'une taille pouvant atteindre celle d'un pamplemousse. Pour LACOME M un utérus gravide accompagné de 2 kystes est un utérus de môle.

Ces kystes doivent être recherchés, non seulement par le toucher vaginal, mais aussi par le palper abdominal en remontant assez haut.

Il n'y aurait pas de relation entre la gravité de la môle et la présence de kystes

### Etude des observations n° 2,5,8,12

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| kystes unilateraux | | | | | ▒ | | | | | | | ▒ | |
| kystes bilatéraux | | ▒ | | | | | | ▒ | | | | | |
| kystes douloureux | | | | | ▒ | | | ▒ | | | | | |

- 4 cas sur 13 soit 1/3 des observations

- 2 fois les kystes sont bilatéraux dont un spontanément douloureux

- 2 fois les kystes sont unilatéraux dont un spontanément douloureux.

### Conclusion

Nous retrouvons des kystes lutéïniques dans 1/3 des cas mais la bilatéralité n'est présente qu'une fois sur deux. Ils peuvent être douloureux ou non. Lorsqu'ils sont unilatéraux et peu volumineux ils peuvent en imposer pour un volumineux corps jaune de grossesse. La bilatéralité, par contre, est évocatrice de môle mais, hélas, assez rare.

## - Hauteur utérine

### Description clinique

L'utérus dans une grossesse molaire possède habituellement une hauteur supérieure à ce que voudrait l'âge gestationnel . Une grossesse de 2 mois,par exemple, présente un utérus de 5 à 6 mois.

Cet utérus connaît d'autre part des augmentations pouvant atteindre en quelques jours plusieurs centimètres avec parfois des régressions ayant permis de parler d'utérus accordéon. L'augmentation de volume s'explique par le développement tumoral et les saignements non extériorisés, facteurs de distension utérine. Les régressions s'expliquent par l'expulsion de caillots et les métrorragies.

A côté de cet aspect classique, le volume utérin peut ne subir qu'une augmentation discrète, voire être normal ou de taille inférieure au terme de la gestation; il peut s'agir de tumeurs peu développées voir mortes; ainsi que dans toute pathologie tumorale,différents degrés évolutifs peuvent se rencontrer.

Par ailleurs,il a été noté une consistance utérine plus molle que la normale.

Quant à la perception des pôles foetaux, elle n'est pratiquement d'aucun intérêt, son absence restant tout à fait logique avant le milieu du 4ème mois.

### Etude des observations

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H.U . Augmentée | ▒ | ▒ | | | ▒ | | | ▒ | | | ▒ | ▒ | |
| H.U . Normale | | | ▒ | ▒ | | | ▒ | | ▒ | | | | |
| H.U . Diminuée | | | | | | ▒ | | | | ▒ | | | ▒ |

Figure 1

H.U. : hauteur utérine comparée à l'âge gestationnel

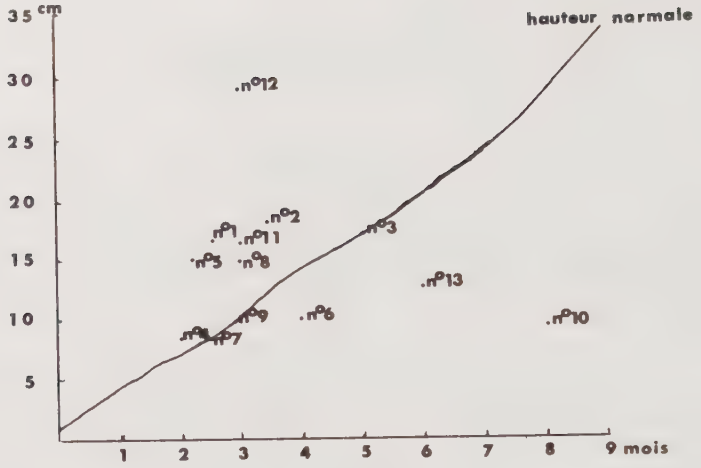



Figure 2 : hauteur utérine à la date d'hospitalisation

Commentaire

Figure 1 : hauteur utérine augmentée 6 cas 13
hauteur utérine normale 4 cas/13
hauteur utérine diminuée 3 cas/13

Figure 2 : L'augmentation de la hauteur utérine relative au terme considéré est de l'ordre de 1 mois ½ à 2 mois, sauf l'observation n° 12 où l'écart est de 5 mois.

Lorsque la hauteur est diminuée 2 fois sur 3 il s'agit de môles partielles ou mortes, où la gestation a évolué 6 à 8 mois.

La notion d'utérus accordéon n'est retrouvée que dans 2 cas (1 et 8) mais là encore la surveillance ayant été assurée en dehors du C.H.R. de TOURS ces chiffres sont difficiles à interpréter.

Dans les 3 observations où le diagnostic n'a été fait qu'après 5 mois les pôles foetaux n'ont pas été retrouvés.

Comparativement d'autres études ont montré :

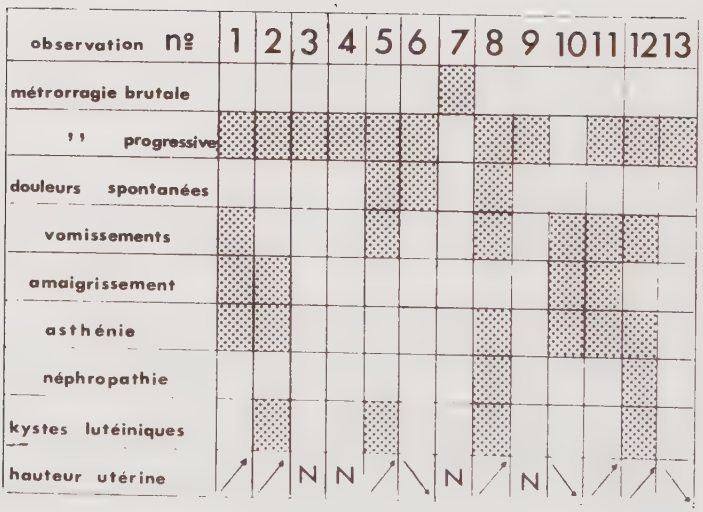
| Hauteur Utérine ..... | augmentée | normale | diminuée |
|---|---|---|---|
| GARMIER et coll.(36) | 36 % | 52 % | 12 % |
| BRUNET JC (17) | 70 % | 25 % | 4,5 % |
| HOLMAN cité par BRUNET | 43 % | 36 % | 20 % |

Soit des chiffres du même ordre que ce que nous retrouvons.

## Conclusion

L'augmentation de la hauteur utérine par rapport à l'âge gestationnel apparaît donc comme un signe de bonne valeur surtout pendant les 4 premiers mois de la grossesse, les môles évoluant au delà étant généralement peu actives et la hauteur utérine d'un faible secours à ce stade . Nous retrouvons peu la notion d'utérus accordéon . L'absence de pôles foetaux n'a d'intérêt que dans la mesure ou le diagnostic est tardif.

# TABLEAU CLINIQUE RÉCAPITULATIF



## Conclusion sur l'apport clinique au diagnostic

Sur les 13 observations de notre étude :

2 cas (8 et 12) correspondent à la description clinique typique et le diagnostic a pu être fait sur la seule clinique.

5 cas (3,4,7,9 et 13) n'ont eu pour traduction qu'un seul signe : les métrorragies.

6 cas ont associé diversement des signes de la série molaire.

### Valeur de chaque signe

- Les métrorragies sont quasi constantes, elles constituent d'abord le premier signe d'alerte. Par leur date de survenue et leur évolution capricieuse, elles sont un signe d'orientation.

- Les douleurs spontanées (1/4 des cas) sont peu spécifiques et peuvent même favoriser les erreurs diagnostiques.

- Les vomissements (1/2 des cas) ne sont évocateurs que tardivement lorsqu'apparaît un retentissement sur l'état général (1 fois sur 4).

- L'amaigrissement (1/3 des cas) prend sa valeur du fait qu'il signe uneanomalie franche dans la grossesse.

- La dysgravidie est rare (1/6eme) mais très significative par sa survenue précoce.

- Les kystes lutéïniques présents dans 1/4 des cas ont peu de valeur du fait d'une détection souvent tardive.

- La hauteur utérine est supérieure à ce que voudrait l'âge de la gestation dans la moitié de nos observations, ce qui en fait un signe de valeur.

- les meilleurs signes sont :

  - les métrorragies capricieuses
  - les vomissements répétés avec retentissement sur l'état général
  - l'augmentation de la hauteur utérine.

L'association de ces signes permettait une forte suspicion diagnostique dans près de la moitié des cas, pour les autres observations, le diagnostic clinique était peu évident.

En fait, les malades étant suivies hors du service, nous avons noté un retard de 1 à 2 mois entre les premiers signes et le diagnostic dans presque toutes nos observations.

Tout ceci souligne d'une part, que l'on a pensé insuffisamment ou trop tardivement à la môle hydatiforme et, d'autre part, la nécessité d'un interrogatoire et d'un examen clinique très soigneux lorsque survient un élément anormal dans le déroulement d'une grossesse.

## D - Examens complémentaires classiques

### - Prolans

#### Généralités

Le dosage des prolans a été introduit en 1927 par ASHEIM et ZONDECK. Les prolans B ou H.C.G. (Human Chorionic Gonadotrophin) constituent une hormone glycoprotéïque secrétée, dès les 5 à 6ème jours qui suivent la fécondation, par les cellules de Langhans du cytotrophoblaste.

Elle a pour rôle de transformer le corps jaune cyclique en corps jaune gravidique et d'empêcher son involution normale en fin de cycle menstruel. Cette hormone lutéotrope a,d'autre part,une activité analogue à la gonadotrophine hypophysaire L.H..

La secrétion de cette hormone est assurée jusqu'au 4ème mois de la gestation, ou on la retrouve dans le sang et les urines, pour disparaître avec la régression du cytotrophoblaste. Le soutien hormonal de la grossesse est alors assuré par les productions intrinsèques placentaires en oestrogènes et en progestérone.

Du fait de la prolifération trophoblastique anormale du placenta molaire, il est logique de rencontrer une élévation pathologique d'H.C.G. dans la môle hydatiforme.

#### Dosages

Ils sont effectués selon deux grands types de méthodes :

. méthodes biologiques

- Elles nécessitent un à plusieurs animaux.

- Elles sont basées sur le fait qu'H.C.G provoque une augmentation des cellules interstitielles du tissu ovarien ou des cellules leydigiennes testiculaires du rat hypophysectomisé. En pratique, on utilise la propriété d'H.C.G. de déterminer l'ovulation ou la décharge de spermatozoïdes, essentiellement avec des lapines ou des rats impubères.

- Les résultats sont variables d'un animal à l'autre, ce qui nécessite l'établissement d'échelles de correspondance.

- Ces méthodes permettent un dosage semi quantitatif en préparant des dilutions du sérum ou des urines de la femme enceinte et en observant la dose minimale qui, injectée à l'animal donnera le résultat recherché (décharge de spermatozoïdes - ovulation).

L'inconvénient de ces techniques est d'être longues et couteuses, et, bien que précises, elles sont pratiquement abandonnées.

.méthodes immunologiques

- Elles sont basées sur le fait qu'H.C.G est une substance protéïque donc douée de propriétés antigéniques. En pratique, on met en présence le sérum ou l'urine de la femme enceinte avec un sérum anti H.C.G. préparé à partir d'animaux immunisés : il se produit alors une réaction antigène anticorps qui permet d'effectuer un dosage.

- On peut utiliser diverses techniques immunologiques la plus courante étant l'inhibition de l'hémagglutination.

- L'utilisation d' H.C.G. marquée aux radio-isotopes permet de réaliser un dosage radio-immunologique.

Ces techniques sont rapides, sensibles moins couteuses mais peut être moins fidèles que les méthodes biologiques .

D'autre part, outre les diverses réactions immunologiques possibles, il existe différents types de réactifs anti H.C.G. ce qui peut créer des variations notables dans les résultats d'un laboratoire à l'autre. Enfin la sensibilité très grande de ces méthodes, du fait de la présence d'une protéïne urinaire d'activité antigénique analogue à H.C.G., peut être une cause d'erreur pour les taux peu élevés.

Lieu de prélévement

Les dosages peuvent être effectués dans le sang ou dans les urines.

Les dosages urinaires sont moins précis du fait des variations de diurèse et des pics hormonaux : ils nécessitent des urines de 12 à 24 heures ce qui, en pratique, est peu facile à obtenir.

Les taux de prolans dans le sérum et dans les urines sont sensiblement identiques. Ils peuvent être déterminés dès la première semaine du retard de règles.

## Règles de dosage

Ce que nous venons de voir nous montre l'importance lorsque l'on effectue des dosages de surveillance comme dans la môle, d'utiliser toujours le même substrat d'examen (sang ou urine) et de faire procéder au dosage par un même laboratoire utilisant à chaque fois les mêmes réactifs et les mêmes techniques. Sinon il sera difficile d'interpréter, de comparer deux dosages successifs.

Les unités que nous utiliserons sont au nombre de deux :

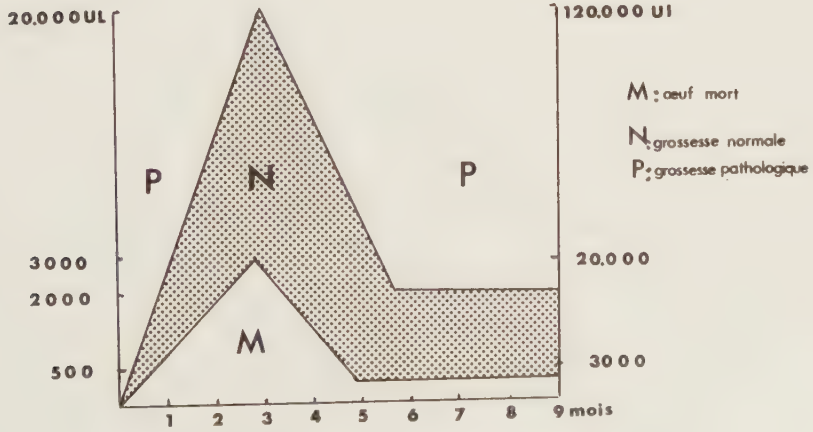
* l'unité lapine (U.L.) : la plus petite quantité d'hormone qui, en une seule injection intra veineuse, chez la lapine de 2 kg , fait apparaître en 48 heures un point hémorragique sur l'ovaire.

* l'unité internationale (U.I.)

telle que :

1 U.L. = 6 U.I.

## Evolution normale et pathologique du taux de prolans




Courbe de prolans d'après MAGNIN P.

Dans la môle les taux d'H.C.G., sont élevés allant de 30.000 à plus de 100.000 unités lapines, mais en fait, il n'existe pas de chiffre précis au delà duquel on puisse affirmer le diagnostic avec certitude, il y a une confrontation toujours nécessaire avec la clinique mais aussi avec le terme de la gestation.

Il faut noter que l'on peut rencontrer des prolans très élevés au cours d'une grossesse normale:

- soit lors du pic habituel d'H.C.G. dans la période du 40ème au 80ème jour de gestation.

- soit avec certains placentas normaux mais porteurs d'une hyperactivité hormonale

- soit au cours de grossesses gémellaires.

Enfin, toutes les môles n'ont pas un taux de prolans élevé : on peut rencontrer des dosages normaux voir très bas notamment dans les môles mortes et peu actives.

BRUNET JC (17) retrouve des taux de prolans élevés, évocateurs dans 60 % des cas. PALLIEZ R et coll. (61) ne retrouve cet aspect que dans moins de 40 %.

Etude des observations

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| prolans augmentés | ▒ | ▒ | ▒ | | | | ▒ | ▒ | | | ▒ | ▒ | |
| prolans normaux | | | | ▒ | ▒ | | | | | ▒ | | | ▒ |
| prolans diminués | | | | | | ▒ | | | ▒ | | | | |

Figure 1 : Taux de prolans par rapport à la normale

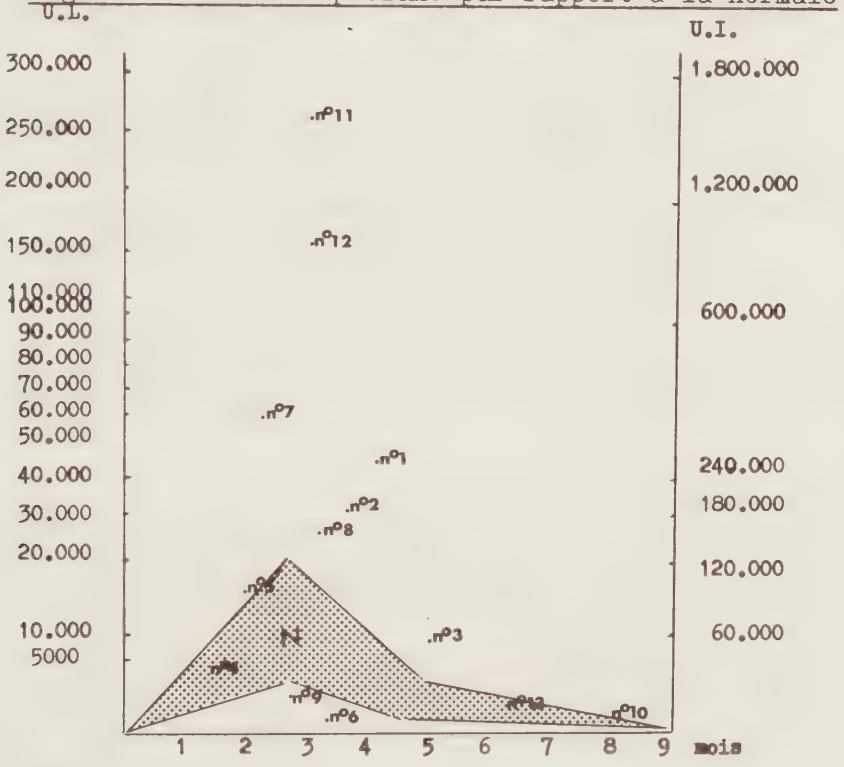



Figure 2 : Taux de prolans de chaque observation à la date d'hospitalisation

## Commentaire

* Figure 1

- Dans 7 observations les prolans sont augmentés de manière assez franche par rapport au terme (n° 1,2,3,7,8,11 et 12).

- Dans 4 observations les prolans sont normaux; (n° 4,5,10 et 13) 2 de ces cas sont des môles partielles

- Deux fois (n° 6 et 9) les prolans sont bas, il s'agit de môles partielles.

* Figure 2

- Les variations d'H.C.G. vont de 25.000 à 250.000 U.L au cours des 3 premiers mois de gestation, soit des augmentations allant de chiffres subnormaux à des chiffres nettement pathologiques.

- Si l'on considère, comme beaucoup d'auteurs, la probabilité d'avoir une môle qu'au delà de 50.000 U.L. le diagnostic de certitude n'est fait que dans 4 cas.

En fait, il faut savoir répéter les dosages en fonction de la clinique et du terme.

## Conclusion

Le taux de prolans est évocateur ou suspect dans la moitié des cas. Ailleurs, il ne permet aucune conclusion et ce, d'autant plus que la clinique semble plus pauvre dans ces observations. Il faut noter qu'excepté 2 observations où la surveillance biologique fût effectuée avant l'hospitalisation, les premiers taux de prolans étaient faits à l'admission dans le service. C'est dire l'incertitude diagnostique où l'on était, quant à ces malades.

Enfin, lors de la surveillance des prolans, il a été noté des variations dans les méthodes utilisées pour une même malade, ce qui rend parfois aléatoire l'interprétation, pourtant fondamentale quand on sait le rôle primordial que continuent à avoir les prolans dans la surveillance post molaire.

## Anatomo-pathologie

### Description

La môle hydatiforme est une dégénérescence kystique du placenta réalisant une tumeur étrangère (par la participation du gamète mâle à sa genèse) greffée sur l'utérus.

#### aspect macroscopique

Le placenta apparaît comme une masse de vésicules opalescentes et translucides, d'une taille allant d'un grain de raisin à l'oeuf de grenouille. Ces vésicules reliées entre elles par leur pédicule réalisent alors l'aspect caractéristique de la môle, en grappe de raisin ou en frai de grenouille .

Cet aspect pathognomonique permet en général le diagnostic au premier regard, toutefois si la môle est partielle ou embryonnée les zones de dégénérescence peuvent échapper au simple coup d'oeil

#### aspect microscopique

3 éléments :

- L'oedème du tissu mésenchymateux de l'axe villositaire qui peut aboutir à une différenciation en cavité liquidienne bordée par le tissu mésenchymateux.

- L'absence de vascularisation de l'axe mésenchymateux réalise un aspect identique à celui des villosités aux premiers jours de la grossesse. Elle permet de différencier la môle de certains aspects oedémateux rencontrés quelques fois dans les rétentions placentaires.

- La prolifération trophoblastique, élément indispensable pour différencier la môle des aspects pseudo molaires, est plus ou moins importante et active, plus fortement scyncitiale que langhausienne. On rencontre des monstruosités nucléaires, noyaux hyperchromatiques, irrégularités, gros nucléoles, et des mitoses.

### Etude des observations

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| môle complète | ▒ | ▒ | ▒ | ▒ | | | ▒ | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ | |
| môle partielle | | | | | | ▒ | | | ▒ | | | | |
| môle embryonnée | | | | | ▒ | | | | | | | | ▒ |

Le diagnostic par la définition même de l'affection est toujours porté.

2 fois (n° 6 et 9) nous avons des môles partielles et les études antérieures nous ont permis de voir que sur le plan clinique et biologique elles ne donnent aucun signe si ce n'est la métrorragie.

2 fois (n° 5 et 13) nous avons à faire à des môles embryonnées. Le cas n° 5 présente cependant une hyperplasie trophoblastique notable . Le cas n° 13 correspond, lui, à une triploïdie sans prolifération trophoblastique que les anatomo pathologistes séparent maintenant de la môle hydatiforme dont la définition se trouve ainsi plus limitée par rapport aux données antérieures (l'absence de prolifération trophoblastique rendant le pronostic bénin dans ce cas).

## Conclusions

L'anatomo-pathologie permet d'affirmer avec certitude le diagnostic, et ce, quelle que soit la clinique; dans l'une de nos observations c'est l'aspect placentaire qui a permis le diagnostic en l'absence de tout élément clinique. On conçoit ainsi l'importance de cet examen dans la môle et même au cours de tous les avortements, car il permet parfois de déceler une môle partielle non vue à l'intervention et qui, cliniquement et biologiquement donne peu de signes.

Enfin, parmi les môles embryonnées que nous avons rencontrées, l'une présente une prolifération trophoblastique anormale ce qui pose le problème des nouvelles frontières anatomo pathologiques définies entre môle hydatiforme et môle embryonnée, généralement considérée aujourd'hui comme le résultat de l' aberration chromosomique que représente la triploïdie.

- Autres examens

Nous citerons, pour mémoire, quelques examens qui ont pu être proposés pour le diagnostic de la môle.

. Examens biologiques

- Stéroïdes urinaires

Les taux d'oestrogènes seraient plus élevés que la normale. Actuellement, bien des auteurs leur accordent peu d'importance.

- Hormone lactogène placentaire

Cette hormone serait abaissée dans la môle.

- Transaminases oxalo-acétique

Le manque de spécifité de cet enzyme est bien connu.

- Histamine plasmatique

Serait élevée dans les môles dissécantes

. Examens histologiques

- Frottis vaginaux : très délicats à interpréter chez une femme enceinte, surtout si elle saigne.

- Ponction amniotique.

. Examens radiologiques

Méthodes dangereuses si le diagnostic est douteux, elles sont de plus peu faciles à réaliser et à interpréter.

- Abdomen sans préparation

Peut montrer l'absence de squelette foetal après 16 semaines ce qui est peu intéressant dans le cas qui nous occupe.

- L'angiographie pelvienne

Proposée notamment par BORREL U et coll. (11) elle reste d'interprétation délicate.

- L'amniographie

(GOLDSTEIN DP (38) ) technique difficile

Actuellement, ces examens sont pratiquement abandonnés et n'ont pu arriver au stade de la pratique médicale courante.

## E - Examens ultra soniques

Devant l'inconstance de la clinique et de la biologie, la nécessité de nouvelles méthodes d'investigation est apparue. C'est finalement à l'une des sciences les plus récentes de notre profession, la biophysique, qu'est revenu le mérite d'apporter un élément pathognomonique de la môle. Nous allons étudier de manière schématique les deux techniques qui nous intéressent dans la môle : l'effet Döppler et l'échotomographie bidimensionnelle ou Echo B. A l'intérieur de cette étude, nous essaierons d'apprécier l'apport de ces méthodes au diagnostic de la môle par l'intermédiaire de nos observations..

### - Généralités

Les ultra-sons, ondes sonores dont les fréquences se situent au delà des possibilités de perception de nos sens humains, ont la propriété de se propager aisément dans les tissus du corps humain. Cette propagation se fait en fonction de l'impédance acoustique du milieu considéré, c'est-à-dire de l'aptitude de celui-ci à conduire le son. Lorsque l'onde ultra sonore passe d'un milieu à un autre, sa progression est perturbée; au niveau de la frontière qui sépare les deux milieux, on observe un phénomène identique à celui que l'on connaît bien pour la lumière : il y a réfraction et réflexion de l'onde sonore. L'onde réfractée poursuit son chemin, l'onde réfléchie constitue un écho.

Nos techniques consistent , après avoir envoyé un faisceau ultra sonore vers une région corporelle, à recueillir les échos ainsi formés. L'importance de ces échos sera fonction de la différence des impédances acoustiques des milieux en cause.

Les structures du corps humain ont des propriétés physico-chimiques très diverses, donc des impédances acoustiques différentes. Si l'on place une région du corps humain dans un faisceau d'ultra-sons, à chaque passage de l'onde d'un milieu à un autre se produit un écho; pour chaque organe , nous obtiendrons donc de multiples échos au niveau des surfaces d'entrée et de sortie ainsi qu'à l'intérieur même de ceux-ci s'ils sont constitués de structures différentes comme c'est le cas, entre autre, du placenta. La différenciation devient alors plus fine mais aussi d'interprétation plus complexe.

Les échos, variables avec les différents tissus, permettent de déterminer la forme, le volume voire la constitution interne d'un organe.

Le diagnostic ultra sonore repose sur l'observation et l'interprétation des échos obtenus ce qui nécessite une certaine qualification et une grande expérience de ce type d'exploration. L'interprétation est aisée si les structures voisines sont d'impédances très différentes car l'image est contrastée, plus difficile si ces éléments sont de constitution, d'impédances proches,car les échos sont de faible amplitude.

La présence de membranes, grandes génératrices d'échos,favorise la différenciation entre deux milieux.

## - Echosonographie Döppler

### . Principe

Cette technique repose sur le principe démontré par Döppler qui veut que lorsqu'une source sonore se déplace par rapport à un observateur immobile, ou vice-versa, la fréquence apparente du son augmente lorsque la source se rapproche de l'observateur et diminue lorsqu'elle s'éloigne. Ce fait provient de la compression du front d'onde par le déplacement, cette compression revenant à une modification de la longueur d'onde.

Ce phénomène est bien connu : chacun a pu l'observer sur les routes au croisement d'un véhicule usant, ou abusant, de son signal sonore.

Dans notre cas, nous envoyons un faisceau ultra sonore vers la structure foetale et nous recueillons les échos produits par le faisceau sur cette structure. L'émetteur et le récepteur sont fixes l'un par rapport à l'autre à l'intérieur d'un capteur tenu par le médecin. Le trajet des ultrasons, pour passer de l'émetteur au récepteur est modifié suivant le sens et la vitesse de déplacement des structures foetales mobiles.

S'il existe un mouvement circulatoire chez le foetus, c'est-à-dire si le système cardiovasculaire de celui-ci est constitué et fonctionne, nous pouvons obtenir des échos Döppler et savoir s'il existe ou non une vie foetale.

### . Application

On utilise une sonde comportant deux cristaux de même nature et de même dimension, jouant le rôle l'un émetteur d'ultra-sons, l'autre de récepteur.

Par effet piézo-électrique le premier cristal émet des ultra-sons de façon permanente : il constitue la source sonore immobile.

La sonde est placée sur la peau, en regard du siège foetal présumé. Un gel est interposé entre la sonde et la peau afin d'obtenir un bon couplage acoustique, car la propagation des ultra-sons dans l'air est quasiment nulle.

Le réflecteur mobile est la structure foetale : coeur, vaisseaux, courant sanguin. Les informations réfléchies sont recueillies dans la sonde par le cristal récepteur.

Les ultra-sons reçus par la structure en mouvement ont une fréquence différente de celle de l'émetteur en raison de leur déplacement relatif.

Si nous appelons Fo la fréquence émise et F1 la fréquence reçue par l'élément mobile, ce dernier constitue alors une source secondaire de fréquence F1 par rapport au récepteur. La fréquence captée par le récepteur sera donc F2 puisqu'il y a déplacement de la source secondaire (élément mobile) par rapport au capteur. On a donc de fait la succession de deux effets Döppler.

Au total la différence entre l'émission et la réception Fo - F2 est directement proportionnelle à la vitesse de déplacement du mobile (hématies, structures cardiaques etc...) suivant l'axe du faisceau d'ultra-sons. La différence de fréquences Fo - F2 est transmise à un casque ou à un haut parleur : elle est audible pour des vitesses de déplacement de quelques centimètres par seconde. L'appareil est en effet étudié afin de ne capter que les modifications de fréquence, et, aucun signal ne sera enregistré si la structure rencontrée est immobile.

Ainsi, le médecin pourra très tôt faire le diagnostic de vie foetale et éventuellement faire entendre à la future maman " les bruits du coeur" de son enfant .

· Intérêt diagnostique

La détection par cette méthode, de la circulation foetale donc de la vie, peut être effectuée très précocément. L'embryologie nous apprend que la circulation foetale se développe à partir de la 3ème semaine de gestation. Le développement permet le diagnostic de vie foetale par effet Döppler entre la 8ème et la 12ème semaine de la grossesse quand le système circulatoire foetal est fonctionnel.

Dans la môle hydatiforme, affection de début de grossesse, c'est-à-dire de période où la clinique ne peut pas apprécier s'il y a existence d'un foetus vivant, l'apport de l'écho Döppler est essentiel. Il permet, en objectivant l'absence de vie foetale, d'orienter le diagnostic et même la thérapeutique en montrant que la grossesse ne pourra arriver à son but.

· Etude des observations n° 1,2,3,4,5,6,9, 10,11,13.

L'écho Döppler montre l'absence de vie foetale chaque fois qu'il a été pratiqué (10 observations).

Figure 1 : On constate dans 9 cas sur 10 que les signes cliniques (métrorragies surtout) sont apparus à une date où l'effet Döppler pouvait donner une réponse :

3 fois (1,6 et 9) une surveillance de la grossesse par effet Döppler a été instituée. Chaque fois, le premier examen, négatif, a été confirmé. Ce sont les incertitudes quant au terme, quant au diagnostic ainsi que la précocité de l'examen qui ont incité à attendre et à contrôler (2 à 6 semaines après le premier examen).

7 fois l'effet Döppler est pratiqué pour la première fois lors de l'hospitalisation qui n'intervient qu'après plusieurs semaines.

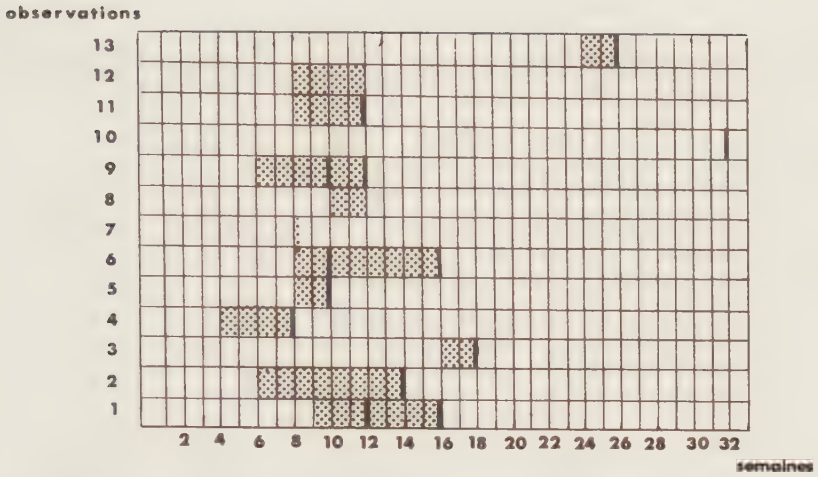



Figure 1 : date des examens Döppler et des premiers signes cliniques

signes clinique
examen Döppler

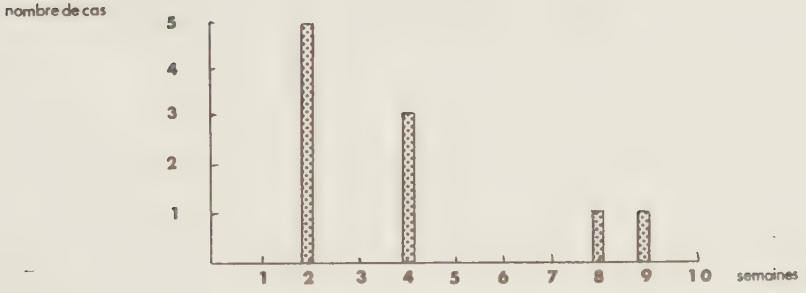



Figure 2 : Fréquence des temps entre les premiers signes clinique et la pratique de l'examen Döppler

3 fois, l'urgence a empêché la pratique de cet examen.

Figure 2 : 8 fois, on constate un délai de 2 à 4 semaines entre l'apparition de signes pathologiques et la pratique d'un Döppler.

2 fois, le délai est de 8 à 9 semaines.

Après 12 semaines de gestation tout Döppler négatif a entrainé l'intervention.

## . Conclusion

L'échosonographie Döppler est un examen qui permet de faire le diagnostic de vie ou de mort foetale.

Ses résultats se sont toujours avérés exacts dans nos observations et ce, dès la 8ème semaine de gestation. Compte tenu des difficultés d'appréciation de la date des dernières règles chez certaines gestantes, ce n'est qu'à partir de 12 semaines qu'une totale confiance a pu être accordée à cet examen.

L'écho Döppler met donc en évidence de manière très précoce l'un des signes de la môle.: l'absence de vie foetale. La pratique de cet examen nous parait donc essentielle,non seulement dans la môle, mais aussi dans toute grossesse anormale en vue d'une attitude thérapeutique active.

· Perspectives

Comme nous le verrons, les techniques échographiques pourront permettre d'éviter les explorations radiologiques obstétricales.

L'écho Döppler peut, quant à lui, faire le diagnostic de vie foetale, constater la présence d'une grossesse multiple (par la localisation de plusieurs foyers cardiaques). Il peut servir à la réalisation du monitoring obstétrical.

En ce qui concerne les problèmes pratiques, il faut signaler que cet appareil est actuellement diffusé dans presque toutes les grandes villes (sensiblement dans chaque chef-lieu de département). Compte tenu de son intérêt, sa diffusion ne pourra que croître pour devenir très courante dans un proche avenir.

En effet, le prix de ces appareils (et donc de l'examen) reste assez modique (entre le prix d'un gros cyclomoteur et celui d'une petite voiture). On trouve l'appareil d'écoute simple, miniaturisé, très maniable d'un emploi facile et d'un prix modique, et puis l'appareil enregistreur, le plus cher, mais aussi le plus précis.

L'écho Döppler constitue un examen simple, ne nécessitant qu'un appareillage peu coûteux. Sa diffusion encore restreinte en limite encore l'utilisation. Cet examen semble appelé dans un temps très proche à devenir aussi banal que, par exemple, un dosage des prolans (tout en étant plus simple et plus rapide).

- Echotomographie bidimensionnelle (Echo B)

. Principe

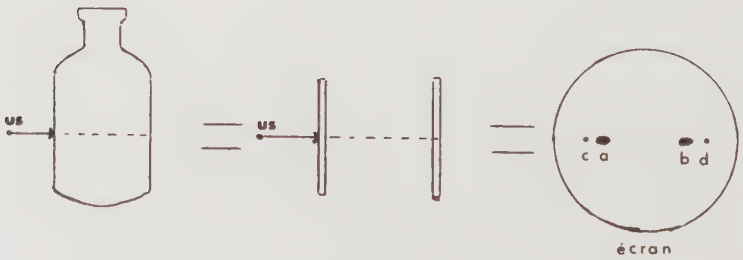
Ce procédé utilise lui aussi les ultrasons et le recueil des échos, il permet de visualiser les structures internes du corps : c'est une technique d'image.

On utilise dans notre cas un échotomographe qui émet des ondes sonores de haute fréquence (2,25 M.Hz) et ce, de manière discontinue (à la différence de l'écho Döppler). Le cristal de la sonde agit alternativement comme émetteur et comme récepteur.

Comme dans l'examen précédent, la sonde est placée au contact de la peau par l'intermédiaire d'un gel. On préfère une vessie pleine qui constitue un milieu liquidien propice à une bonne conduction et refoule l'utérus ainsi que certaines anses intestinales : de la sorte, la région à explorer se trouve mieux isolée.

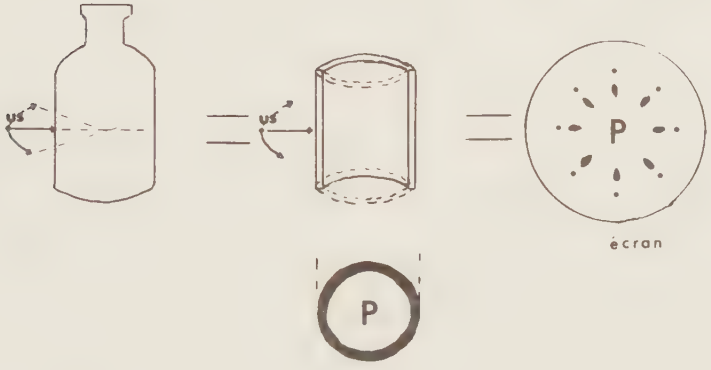
En se propageant dans ce milieu hétérogène, constitué par les structures abdominales internes,le faisceau ultra sonore va subir, au niveau des différentes interfaces tissulaires, des réflexions et des réfractions. L'onde réfléchie constitue l'écho, qui,recueilli par la sonde,va induire une différence de potentiel qui donne, transmise à un écran cathodique, un point lumineux ou spot. La luminosité de ce point dépend, dans une certaine mesure de la différence de potentiel créée au niveau du cristal récepteur, et donc, de l'intensité de l'écho.

Schématiquement nous aurons :

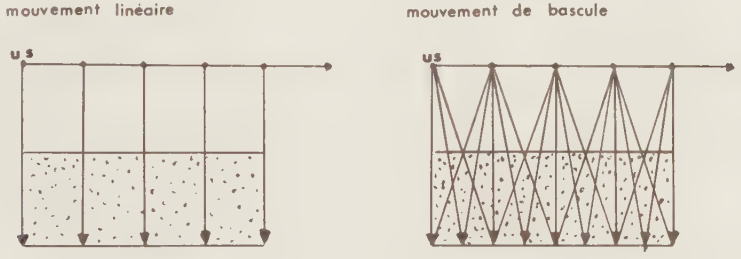


Les points représentent les échos, les espaces CA, AB, BD les zones sans réfléxions.

Si l'on déplace la sonde suivant une ligne parallèle à la surface du récipient (cf schéma) nous obtenons par juxtaposition de chaque champ du faisceau, un véritable plan de coupe P .




Si au déplacement linéaire on associe un mouvement de bascule nous augmentons la quantité d'information contenue dans l'image.




Nous obtenons de cette manière une véritable coupe tomographique de la région soumise au balayage sonore.

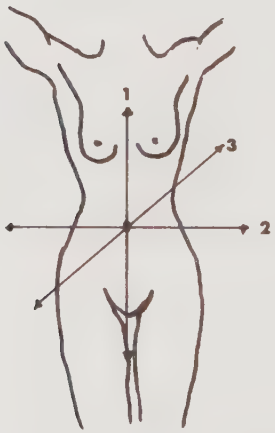
Au niveau du corps humain, la sonde se déplace au contact de la peau, en épousant constamment ses formes, suivant un axe préalablement choisi.

En pratique 3 types de balayages sont utilisés :

- le balayage horizontal : la sonde se déplace parallèlement à la ligne joignant l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne (1).

- le balayage transversal : la sonde se déplace parallèlement à la ligne joignant les épines iliaques antérieures (2).

- le balayage oblique : toute autre direction (3)




- Une classification des différents plans balayés permet de situer chaque coupe.

- Un écran à mémoire conserve les images obtenues et permet de les photographier.

. Intêret diagnostique

Dans la môle hydatiforme, la dégénérescence kystique des villosités choriales fait que le placenta renferme de nombreuses vésicules liquidiennes. Un faisceau ultra-sonore traversant ce placenta vésiculeux sera l'objet de nombreux échos au niveau des parois des kystes.

L'image ainsi obtenue a un aspect floconneux, en tempête de neige, emplissant entièrement la cavité utérine. Cette image, reflet de l'aspect anatomo-pathologique est pathognomonique de la môle.

En théorie, un seul balayage est nécessaire pour détecter la môle, toutefois, un placenta normal sous certaines incidences risque de donner des images similaires. Aussi, on préfère pratiquer 3 à 4 balayages longitudinaux et transversaux afin de s'assurer de la réalité et de la constance des images floconneuses dans la cavité utérine (dont le volume est bien faible au stade considéré).

Selon GOTTESFELD KR et coll. (39) le diagnostic de môle est possible dès la 10ème semaine d'aménorrhée suivant cette méthode.

Notons enfin quelques écueils à éviter.

Les images en flocons de neige sont des images caractéristiques du placenta à l'Echo B (elles sont retrouvées notamment sur la face amniotique de celui-ci, et ce, normalement). L'image pathognomonique est cette image retrouvée dans toute la cavité utérine. Toutefois, si la môle est partielle l'image n'occupera pas tout le volume utérin : la différence avec un placenta normal sera l'absence de limite rectiligne à ces flocons neigeux.

Les autres confusions possibles sont :

- les échos atténués d'un oeuf mort retenu (TAYLOR ES (68) ).

- Les échos des interfaces fibromateuses sur un utérus porteur de myomes (DONALD I (30) ).

La multiplication des coupes pratiquées, une grande habitude de ces examens, peuvent limiter ces causes d'erreur.

. Etude des observations n° 1,2,4,5,9,10, 11,13

L'écho B fait le diagnostic 5 fois sur 8 dont 2 cas de môles partielles (n° 5 et 9).

- Une fois il y a doute avec un oeuf macéré (n° 1)

- 2 fois (n° 10 et 13) le diagnostic n'est pas fait : il s'agit de grossesses molaires à symptomatologie pauvre poursuivies longtemps (26 et 32 semaines)

- Dans 2 observations (n°4 et 9) l'écho B est, en dehors des métrorragies, le seul élément diagnostic. Dans l'observation n° 8 le diagnostic de môle a pu être fait à la 8ème semaine de gestation ce qui constitue une précocité remarquable pour le diagnostic.

Parmi les différents auteurs nous retrouvons un diagnostic de môle fait par l'écho B dans :

- 4 cas sur 5 pour BOOG G et coll.(12)
- 26 cas sur 27 pour DONALD I (28)
- 98,7 % des cas pour TAYLOR ES (68)

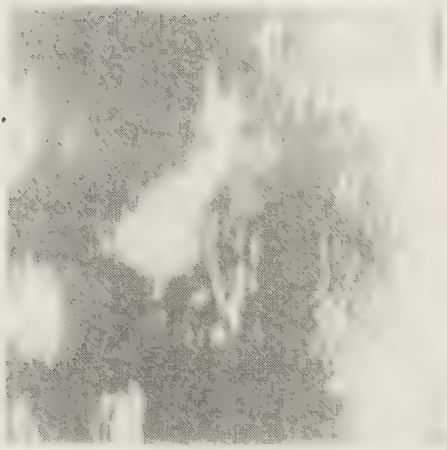
. Conclusions

Bien que nous ne possédions qu'une série limitée d'observations, l'écho B nous semble constituer un apport fondamental au diagnostic de la môle hydatiforme. Il est, en effet, le seul " signe " pathognomonique de cette affection en dehors de l'anatomo-pathologie trop tardive. Il permet d'établir ce diagnostic précocément (à la 8ème semaine de gestation dans un cas), il peut être, en présence de métrorragies le seul élément positif de la môle. Par ailleurs, il semble que cet examen connaisse des limites lorsque le terme gestationnel est avancé dans les môles peu actives.

. Perspectives

L'écho B, exploration diagnostique d'image, peut devenir, du fait de sa totale innocuité, l'examen de remplacement des explorations radiologiques obstétricales.

# PLACENTA NORMAL (17ème semaine)



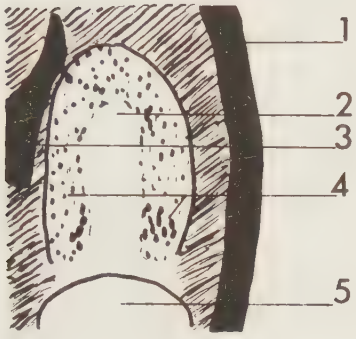
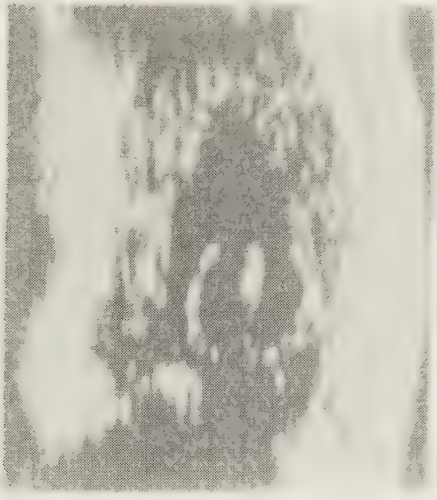



FIG. 1 : COUPE SAGITTALLE

en balayage automatique

(1 : paroi abdominale - 2 : cavité amniotique - 3 : Rachis - 4 : Placenta - 5 : vessie )



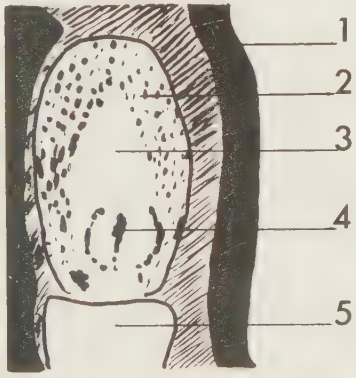



FIG. 2 : COUPE TRANSVERSALE SUS-PUBIENNE

en balayage automatique

(1 : paroi abdominale - 2 : placenta - 3 : cavité amniotique - 4 : tête foetale et structures médianes - 5 : vessie )

# PLACENTA NORMAL (17ème semaine)

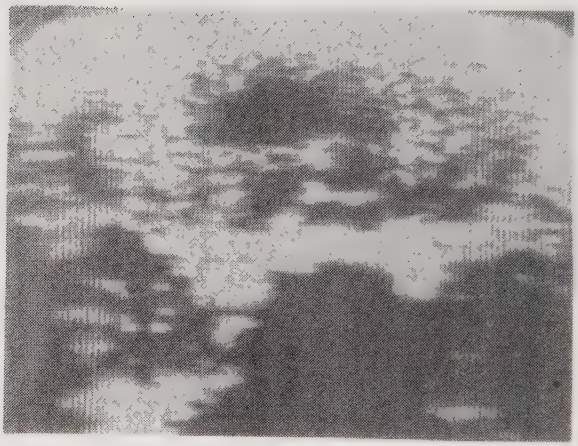


FIG. 3 : COUPE TRANSVERSALE SOUS-OMBILICALE en balayage automatique.

(1 : cavité amniotique - 2 : placenta - 3 : aines rénales - 4 : Rachis )

# MÔLE PARTIELLE (obs. n°9)

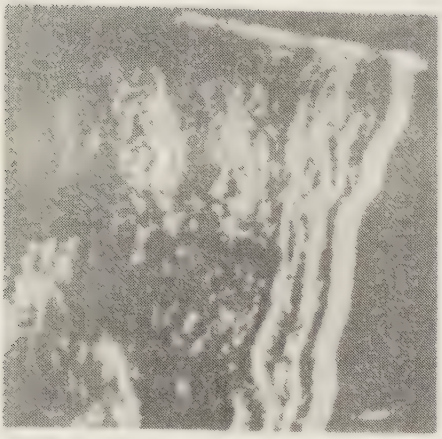
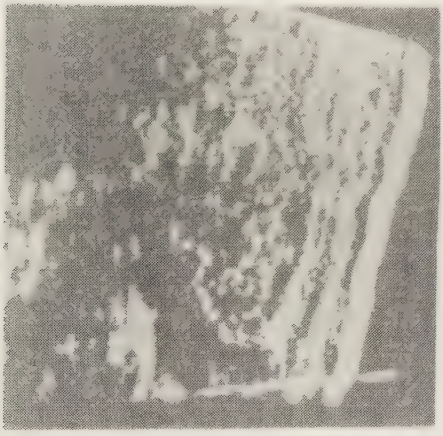


FIG. 1 : COUPE SAGITTALE PARA MEDIANE DROITE

(1 : paroi abdominale - 2 : placenta - 3 : vésicule môlaire - 4 : liquide amniotique - 5 : vessie )



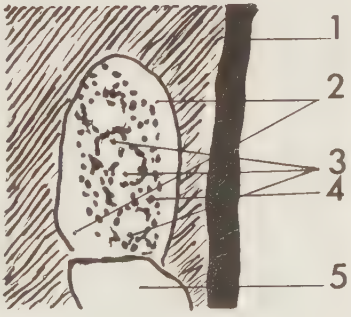



FIG. 2 : COUPE SAGITTALE PARA MEDIANE GAUCHE

(1 : paroi abdominale - 2 : liquide amniotique - 3 : vésicules môlaire - 4 : placenta - 5 : vessie)

# MÔLE COMPLÈTE (obs.n°4)

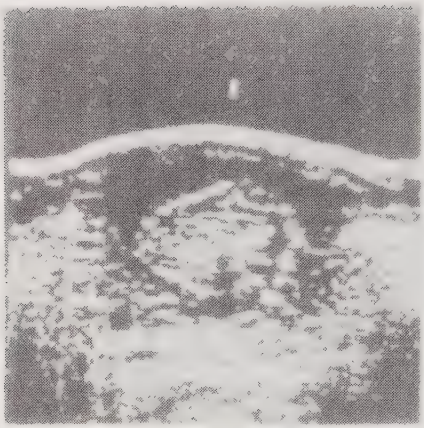
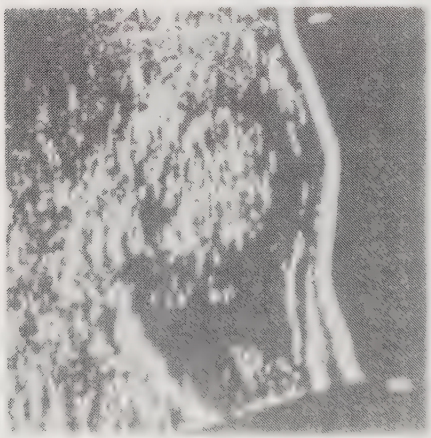


FIG. 1 : COUPE TRANSVERSALE SUS-PUBIENNE

en balayage manuel

(1 : paroi abdominale - 2 : môle - 3 : utérus)



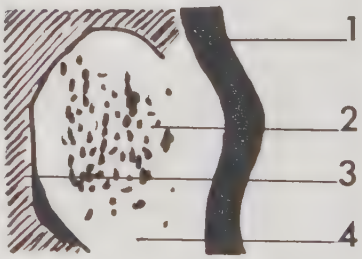



FIG. 2 : COUPE SAGITTALE MEDIANE

en balayage manuel.

(1 : paroi abdominale - 2 : môle - 3 utérus - 4 vessie )

Outre la môle, il permet de localiser l'insertion placentaire, de mesurer le diamètre biparietal et dans un avenir proche le diamètre promonto retro-pubien. Ultérieurement, on peut envisager son rôle dans une surveillance améliorée en salle d'accouchement (toucher - position foetale - cinétique - retention placentaire.) L'exploration par l'écho B peut de manière générale intéresser d'autres disciplines médicales (notamment la cardiologie).

Actuellement, du fait d'un balayage manuel, les appareils restent imparfaits , de plus ils sont encombrants. Il en résulte une lenteur d'acquisition de l'image, une absence de dynamique en intensité sur l'écran de présentation, une impossibilité d'observer les mouvements foetaux. Le coût des appareils (et ceux des examens) est élevé (un écho tomographe B coûte le prix d'une petite maison) de ce fait la diffusion en reste très restreinte. Seuls les médecins proches d'un grand centre hospitalier universitaire peuvent y faire appel.

Depuis peu de temps, on cherche à obtenir des appareils de prix plus modiques et d'encombrement plus réduit. Récemment le laboratoire de Biophysique de TOURS a mis au point un appareil utilisant un balayage électronique afin d'obtenir instantanément la coupe désirée. L'image est présentée à une cadence de 40 à 100 par seconde et permet de ce fait d'observer les mouvements foetaux.

Au total, malgré leur grand intérêt, les possibilités d'exploration par l'écho B restent très limités du fait de la diffusion restreinte des appareils. Les multiples utilisations de l'Echo B, notamment en obstétrique où il peut se substituer aux explorations radiologiques, devraient entrainer dans les prochaines années une utilisation relativement courante du procédé.

## F - Généralités sur les Attitudes

### Thérapeutiques actuelles

Après avoir évoqué les problèmes diagnostiques de la môle hydatiforme, il nous a paru difficile de ne pas évoquer brièvement les conséquences d'un diagnostic de môle. Aussi essaierons nous, à travers les différents auteurs, de voir les principales attitudes thérapeutiques qui se dégagent.

Rappelons que l'état de gravidité entraîne un ramollissement de l'utérus. Dans le cas d'une grossesse molaire , cette absence de tonicité se trouve accentuée et il en résulte un risque d'hémorragie et de perforation (0,12 % pour RAINER S (65) bien plus grand qu'en cas d'avortement banal.

Deux grandes attitudes vont s'en dégager.

. L'abstention

préconisée par certains auteurs : LE LIRZIN R (54) BARBIER J (3) notamment qui préfèrent attendre l'expulsion spontanée afin d'éviter les risques de perforation et d'hémorragies. Les méthodes de réanimation, l'emploi d'ocytociques ainsi que les techniques de curetage employées actuellement limitent malgré tout ces risques. Par ailleurs, une telle attitude n'est pas sans problèmes : nécessité d'une surveillance ennuyeuse pour la malade, coûteuse sans pouvoir espérer autre chose que l'avortement, retentissement psycho affectif de l'attente, retentissement physique des hémorragies et de vomissements, possibilité de complications, évacuation longue, parcellaire, hémorragique qui nécessite de toute manière un curetage (GIOVANETTI CD (37) ).

. L'intervention

C'est l'attitude la plus préconisée actuellement, plusieurs méthodes sont proposées :

- l'hystérectomie

réservée aux femmes relativement âgées, multipares, conditions de vie mauvaises, kystes importants, myomes utérins(BENE R et coll (4) ).

(cas de l'observation n° 11)

- l'hystérotomie

si la môle est très volumineuse, très hémorragique avec un col fermé : il s'agit d'une intervention d'urgence (BENE R et coll (4) HOUEL JE et coll (43) ).

- le curetage

après pose de laminaires voire induction au courant électrique (WALLTMAN R et coll (74) effectué au doigt ou à la curette mousse et complété par une deuxième intervention 2 à 5 jours plus tard afin d'éviter d'éventuels résidus : ce fut l'attitude adoptée dans notre service.

Cette méthode a l'avantage d'être peu traumatisante pour l'utérus, le risque hémorragique étant limité par l'emploi d'ocytociques.

Une autre méthode très en vogue depuis la diffusion des procédés abortifs a été étudiée et utilisée dans l'évacuation des môles : c'est le curetage aspiratif. Cette méthode ne nécessite qu' une faible dilatation cervicale et assure un clivage selon un plan anatomo physiologique sans altérer la basale de l'endomètre ni le myomètre. Les risques d'infection et de perforations sont réduits au minimum. Cette technique très pronée actuellement semble vouée au meilleur avenir (GIOVANETTI CD (37),MAGNIN P et coll (58), RAINER S (65) et ABBOU S (1 ) )

- la chimiothérapie de complément

dominée par 2 corps chimiques

- le méthotrexate,dérivé de l'acide folique

- l'actinomycine D

Le but de l'administration de ces produits est d'éviter l'apparition d'un chorio épithéliome. Pratiquée avant et (ou) après curetage,soit de manière systématique, soit devant une prolanurie élevée ou persistante après intervention (même dans ce cas à un faible taux). Cette dernière attitude semble la plus communément adoptée d'autant qu'elle donne de très bons résultats pour un risque minime aux posologies pratiquées. (observations n° 7 et 11).

. La surveillance

Nécessaire après chaque évacuation molaire. Elle consiste à effectuer des dosages journaliers puis hebdomadaires des prolans jusqu'à deux dosages successifs inférieurs à 100 U.L. La surveillance,même plus espacée,devra être poursuivie au moins 3 mois en évitant une nouvelle grossesse dans l'année qui suit.

Ainsi l'attitude thérapeutique actuelle peut se définir par l'intervention par curage digital ou aspiration avec surveillance de la prolanurie

# TABLEAU RÉCAPITULATIF

| observation n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| métrorragie brutale | | | | | | | ▒ | | | | | | |
| métrorragie progressive | ▒ | ▒ | ▒ | ▒ | ▒ | ▒ | | ▒ | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ |
| douleurs spontanées | | | | | ▒ | ▒ | | ▒ | | | | | |
| vomissements | ▒ | | | | ▒ | | | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ | |
| amaigrissement | ▒ | ▒ | | | | | | | | ▒ | ▒ | | |
| asthénie | ▒ | ▒ | | | | | | ▒ | | ▒ | ▒ | ▒ | |
| néphropathie | | | | | | | | ▒ | | | | ▒ | |
| kystes lutéiniques | | ▒ | | | ▒ | | | ▒ | | | | ▒ | |
| hauteur utérine | ↗ | ↗ | N | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | N | ↘ | ↗ | ↗ | ↘ |
| prolans | ↗ | ↗ | ↗ | N | N | ↘ | ↗ | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↗ | N |
| anatomo-pathologie | MC | MC | MC | MC | ME | MP | MC | MC | MP | MC | MC | MC | ME |
| döppler | - | - | - | - | - | - | | | - | - | - | | - |
| écho B | + | + | | + | + | | | | + | − | + | | − |

N = normal
MC = môle complète
MP = môle partielle
ME = môle embryonnée
− = diagnostic négatif
+ = diagnostic positif de môle

## G - Conclusion

La môle hydatiforme, affection rare mais non exceptionnelle, n'est certes pas une affection de connaissance très nouvelle. Toutefois, la mise en évidence de son diagnostic avec certitude à un stade précoce demeurait assez rare. Au cours de cette étude, nous avons revu chaque aspect du diagnostic, mettant en évidence les constances et les imperfections .

La clinique n'est apparue évocatrice qu'une fois sur deux, et de manière souvent tardive; quelques signes par leur grande constance, méritent d'être détachés : les métrorragies avec leur caractère capricieux, les vomissements avec leur retentissement sur l'état général, la hauteur utérine augmentée par rapport à l'âge gestationnel.

Le dosage des prolans dont l'élévation symptomatique de môle reste mal définie (les chiffres varient suivant les auteurs), peut prendre une valeur d'orientation si les résultats demeurent, à plusieurs dosages successifs effectués par un même laboratoire, supérieurs à ce que voudrait le terme gestationnel. Une augmentation significative est notée une fois sur deux, corroborant d'ailleurs une clinique déjà assez riche. Ce dosage reste encore un bon examen d'orientation si l'on suspecte une môle, à condition de savoir qu'un chiffre normal voire bas, n'infirme pas le diagnostic. D'autre part cet examen demeure l'élément de surveillance post-molaire.

L'anatomo-pathologie permet de confirmer le diagnostic et de découvrir par l'étude des produits d'avortement, l'existence d'une môle dont l'ignorance pourrait aboutir à des complications encore redoutables malgré la remarquable efficacité de la chimiothérapie.

Enfin, cette étude diagnostique nous a permis de nous rendre compte de l'apport des nouvelles techniques d'exploration biophysiques.

L'écho Döppler affirme ou infirme l'existence d'une vie foetale très précocement, quand aucun autre examen ne peut encore le faire. Il permet ainsi d'étayer le diagnostic ; c'est un examen très simple, d'une sûreté remarquable, dont la pratique reste encore un peu restreinte mais qui, très rapidement, sera aussi courant qu'un dosage biologique.

L'écho B nous apporte l'élément pathognomonique de môle qui manquait jusqu'à présent. Il peut donner une réponse positive vers la 8 ou 10ème semaine avec une certitude que notre série trop courte ne nous permet pas d'évaluer, mais qui, selon, les statistiques les plus importantes, serait de l'ordre de 95 % (sauf peut-être dans les grossesses molaires prolongées). On peut regretter la diffusion encore restreinte de cette technique, limitée à quelques grands centres hospitaliers, donc aux praticiens et aux malades proches de ces centres. Toutefois, la substitution progressive des explorations radiologiques obstétricales, jamais sans danger, par l'Echographie B, devrait permettre dans les années à venir, une utilisation semi-courante de cet examen.

Retenons, en ce qui concerne notre diagnostic, que l'écho B apporte par une image spécifique de la môle, la possibilité d'identifier très tôt la maladie, et donc, d'intervenir.

## H - Bibliographie


(1) - ABBOU S. : Aspect actuel du traitement des maladies du trophoblaste Femme et l'enfant T IV n° 6 p 5 à 19

(2) - ACOSTA-SISON H. : Changement d'attitudes dans le traitement de la môle hydatiforme - AMER J. Obstet.Gynec 1964, 88, 5, 634-636.

(3) - BARBIER J. : Les problèmes pratiques de la môle hydatiforme - Rev. Prat. 1962 12 n° 27 2923-2929.

(4) - BENE R et PETIT P. : Nos indications chirurgicales actuelles dans le traitement de la môle - Bul.Fed.Soc.Gynec. Obstet. 1967, 19, n° 1 40, 41.

(5) - BERGER CH.,GARNIER G,PLANIOL TH , SOUTOUL JH : La place de l'échographie ultra sonique dans le diagnostic de la môle hydatiforme - Bul.Fed.Soc.Gynec Obstet. 1971, 23, n° 5 665-669.

(6) - BERNSTINE RL. , CALLAGAN DA. : Ultrasonic Doppler inspection of fetal heart AMER J. Obstet.Gynec. 1966, 95, 1001-1004.

(7) - BERTINI B., HORMSTEIN M., BLATT I. : Diagnostic biologique de 63 cas de grossesses molaires et de 10 cas de chorioepitheliome - Gynec.Obstet. 1963 62 n° 1 139-146.

(8) - BISHOP EH. : Obstetric uses of the ultrasonic motion sensel AMER J. Obstet Gynec. 1966 96 863-867.

(9) - BLANC B., PAPAHADJI M.,MARESCA C. : Une observation de grossesse gemellaire avec un oeuf molaire - Bul.Fed.Soc. Gynec.Obstet. 1970, 22, n° 5 511-516.

(10) - BOOG G. : L'échographie ultrasonique en pratique obstétricale - Thèse Strasbourg 1969.

(11) - BOOG G. : L' échographie en pratique gynécologique et obstétricale Concours médical 1971 93 n° 38 5660-5674.

(12) - BOOG G., MULLER G., MAYER D., DE MOT E., GANDAR R. : Le diagnostic de la môle hydatiforme par la technique d'échosonographie ultrasonique. Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet. 1970 22 n°2 255 256.

(13) - BOOG., MULLER G., DE MOT E., GANDAR R., les ultra sons dans le diagnostic de la môle hydatiforme - Rev.Franç. Gynec. 1970, 65 n° 78 395-401.

(14) - BORELL V. et FERNSTROM I. : Diagnostic d'une môle hydatiforme par l'angiographie pelvienne - Acta Radio 1961 56 n° 2 113-118.

(15) - BOURGOIN P., BAYLET R., BALLON C., GRATTEPANCHE H. : Exploration d'une hypothèse sur l'étiopathogénie des môles hydatiformes, étude chromosomique - Rev.Franç.Gynec.Obstet. 1965 60 n° 11 673-684.

(16) - BRET AJ. et coll. : Môle hydatiforme et choriocarcinome - Rev.Franç.Gynec. Obstet. 1962 57 n° 5,6 319-414.

(17) - BRUNET JC. : la môle hydatiforme étude de 110 observations de la clinique obstétricale Thèse Lyon 1969 222 n° 30 .

(18) - CADERAS DE KERLEAU J., DURAND G.,VIALA JL : GINIER A. et ADREY J., réléxions sur 5 cas récents de môle hydatiforme. Bull. Fed.Soc.Gynec.Obstet. 1966 18 n° 22 170.

(19) - CALLAGAN DA.,ROWLAND TC, GOLDMAN DE : Ultrasonic Doppler observation of the fetal heart - Obstet and Gynec 1964 23 637.

(20) - CAMPBELL DG, BROWN JB, FORTUNE W, PEPPERELL R et BEISCHER NA., : Excrétion d'oestrogè pregnandiol et de gonadotrephine chorionique chez les femmes porteuses de môles hydatiformes - J.Obstet.Gynec.Brit.Cwlth 1970 77 n° 5 410-419 .

(21) - CAMPBELL S. et KOHORN EI. : Placental localisation by ultrasonic compound scanning - J.Obstet.Gynec.Brit. Cwlth 1968 75 1007-1013.

(22) - CARLSON EN. : Gray sacle ultra sound - J.Clin.Ultra sound 1973,1, 190-195.

(23) - CHUN D., BRAGA C., CHOW C. et LOK L. : Traitement de la môle hydatiforme J.Obstet.Gynec.Cwlth 1964 71 n° 2 185-191.

(24) - CLARK FB.,GUSDON JP.Jr et BURT RI., môle hydatiforme avec foetus coexistant Discussion et revue des méthodes diagnostiques - Obstet.and Gynec. 1970 35 n° 4 597-600.

(25) - DARGENT D. et GUYON JM. : Chimiothérapie des tumeurs trophoblastiques existe-t-il encore des indications chirurgicales au cours de l'évolution de la môle hydatiforme Cahier Med. Lyon 1970 46 n° 42 3503-3510.

(26) - DELFS E. : Quantitative chorionic gonadotrophin - Pronostic value in hydatiform mole and chorioepithelioma - Obstet.and Gynec. 1957 9 n° 1 14

(27) - DJOJOPRANOTA M., LIE SL. et OEI HK. : les tests biologiques de la grossesse dans le diagnostic et le traitement de la môle hydatiforme et du chorio carcinome - AMER J. Obstet.Gynec. 1963 85 n° 7 850-855.

(28) - DONALD I : Diagnostic uses of sonar in obstetrical gynécologial diagnosis AMER J.Obstet.Gynec.1965 907-919

(29) - DONALD I : Ultrasonic echo sounding in obstetrical and gynecologial diagnosis AMER J. Obstet.Gynec. 1965 93 935-941.

(30) - DONALD I : Sonar in obstetrics and gynecology year book of obstetrics gynecology - Greenhill 1967 1968 p 242, 266.

(31) - DONALD I : Ultrasonics in obstetrics Brit Med.Bull. 1968 24 71,75

(32) - FABRE M. : Présentation d'un cas de môle hydatiforme sans signes cliniques ni biologiques relevé par l'examen anatomopathologique du placenta - Bul.Fed.Soc.Gynec.Obstet.1960 12 n° 4 416-417.

(33) - FIEDLER BAKER : Diagnosis application of Doppler ultra sound Ultrasonics 1969 7 1 36 38

(34) - FUENTE de la P. : diagnostics ultrasoniques en gynécologie - Rev.Franç.Gynec. Obstet. 1973 68 43-51.

(35) - GAJA R., ROUSSILLE M. et coll. : l'échographie ultra sonique dans le diagnostic de la môle hydatiforme - Cahier Med. Lyon 1971 48 47 4521 - 2

(36) - GARMIER R., GABRIEL H., BRUNET JC et MAGNIN P. : La môle hydatiforme à partir de 110 observations - J. Med. Lyon 1970 51 1179.

(37) - GIOVANETTI CD. : Nouvelles indications thérapeutiques dans l'évolution des môles hydatiformes grâce au curetage aspiratif - Thèse Paris 1970 n° 20.

(38) - GOLDSTEIN DP. : Chimiotherapie prophylactique du sujet porteur d'une grossesse molaire. - Obstet.Gynec. 1971 38 n° 6 817 822.

(39) - GOTTESFELD KR., TAYLOR ES., THOMSON HE, HOLMES JH. : Diagnosis of hydatiform môleby ultra sound - Obstet. and Gynec 1967 30 163-171.

(40) - HARPER WF, MAC VICAR J. : Hydatiform môles and pregnancy diagnosed by sonar Brit Med. J 1963 2 1178-1179.

(41) - HAMMOND CB. et PARKER RT. : diagnostic et traitement de la maladie trophoblastique - Rapport d'un centre du Sud-Est Obstet and Gynaec 1970 35 n° 1 132-143.

(42) - HOFFMANN D, HOLLANDER HS. et WEISER P. : De l'importance obstétricale du diagnostic par les ultra sons Gynaecologia (Basel) 164 24-26.

(43) - HOUEL JE., SCHEBAT L. et MONTERO M. : Grossesses molaires à répétition Bul. Fed.Soc.Gynec.Obstet 1962 14 n° 4 506 507.

(44) - HOUEL JE. :MESNARD F et JAHIER J. : Considérations thérapeutiques sur les môles hypertrophiques - Bul.Fed. Soc.Gynec.Obstet 14 n° 4 503-505.

(45) - JAHIER H. et WAHL P. : môle partielle - Bul.Fed.Soc.Gynec.Obstet. 1965 17 n° 5 507 508.

(46) - JAROUSSE J., KERNEIS J.P., GORDEEF A. et BRETECHE J. : Difficultés d'interprétation d'un dosage des prolans en vue du diagnostic de môle Bul.Fed.Soc.Gynec.Obstet 1964 16 n° 2 200 201.

(47) - JOHNSON, STEGALL, LEIN RUSHINET : Détection of fetal life in early pregnancy with an ultra sonic Doppler Flowmeter - Obstet. Gyneac. 1965 26 305, 307.

(48) - JOUVE P. : Radiologie d'une môle hydatiforme - J. Radio electro 1971 52 n° 3-4 808 809.

(49) - KATHLEEN M. et HUNT : Placental localization using the doptone fetal pulse recorder - J.obstet.Gynec. Brit cwlth Fev.1969 76 2.

(50) - KOHORN EI., BLACKWELL RJ. : The diagnosis of hydatiform mole by ultra sonic B Scanning - J. Obstet.Gynaec. Brit Cwlth 1978 75 1014-1018.

(51) - KRATOCHWILL A. et ZEIBEKIS N. : Diagnostic par ultra sons de la môle hydatiforme : Geburtsh v. Frauenheilk oct. 1968 32 n° 10 895-899.

(52) - LA SELVE A., BON M., BERGER R., VIAL JY., ROYET P. : à propos de 3 observations de môles embryonnées - Bul.Fed.gynec Obstet. 1966 18 n° 5 481

(53) - LECOCQ JL. : Difficultés diagnostiques de certaines formes de grossesses molaires, d'avortement molaires et de leurs complications trophoblastiques - Thèse Paris 1966 n° 515.

(54) - LE LIRZIN R. : môle hydatiforme et chorioepithéliome Ouest Médical 1971 20 1725-1732 .

(55) - LEOPOLD GR. : Diagnostic par ultra sons dans la détection des grossesses molaires - Radiology 1971 98 n° 1 171-176.

(56) - LEVI S. : Le diagnostic par les ultra sons en gynécologie et en obstétrique - Bul.Soc. Roy.Belge de Gynec.Obstet 1966 38-1 7 36.

(57) - LEVI S. : Diagnostics par ultra sons en gynécologie et obstétrique Masson Ed. 1972.

(58) - MAGNIN P., GABRIEL H., EYRAUD W. : Nouvelles techniques d'avortement thérapeutique par l'aspiration Bul.Fed.Soc.Gynec.Obstet. 1967 19 n° 5 471.

(59) - MAILHAC M. : Contribution à l'étude de la môle hydatiforme Thèse Paris 1967 n° 371.

(60) - MOTIN J. : Problèmes posés par la persistance d'une gonadotrophinémie dans les suites de la môle hydatiforme Lyon Med. 1960 92 n° 11 743.

(61) - PALLIEZ R. et coll. : Sept observations de môles hydatiformes atypiques Bul.Fed.Soc.Gynec.Obstet. 1964 16 n° 5 552-553.

(62) - PAPATHEODOROU B. et MAROUDIS D.: la fréquence de la dégénérescence des éléments choriaux en môle hydatiforme en cas d'avortements spontanés - Bul.Fed.Soc.Gynec.obstet. 1962 14 n° 1 5-9.

(63) - PLANIOL Th., SOUTOUL JH., GARNIER G., JABOT CH., POURCELOT L. : Intérêt de la scintigraphie placentaire et de l'ultra sonographie Doppler en obstétrique Annales Radio 1970 13 n° 9-10 603-617.

(64) - PLASSE G., GOIRAND R., BROCHERY PC, PALMI JC RATHELOT D. : Essai du doptone en obstétrique - Détection de la vitalité foetale et de l'insertion placentaire. - Bul.Fed.Soc.Gynec. Obstet. 1968 20 n° 5 bis.

(65) - RAINER S. : L'avortement thérapeutique par aspiration utérine - Rev.Franç. Gynec.1968 63 n° 28 p 373-376.

(66) - ROCHET E., GARNIER R. : l'hystérographie dans la môle - Bul.Fed.Gynec.Obstet. 1961 13 n° 1 37,39.

(67) - SCIARRA N. : Gonadotrophines chorioniques dans la môle hydatiforme - J. Obstet.Gynec. Brit Cwlth I970 77 n° 5 420-423.

(68) - TAYLOR ES - THOMPSON HE., GOTTESFELD KR et HOLMES JH : Clinical use of ultra sound in obstétrics and gynecology - Amer J. Obstet.Gynec. 1967 99 671-682.

(69) - THIERRY M. : Diagnostic uses of the fetal pulse Detector - Bul.Soc.Roy. Belge Gynec.Obstet. 1968 38 2 p 71 79.

(70) - THOMSON HE. : Ultrasonic diagnostic procedure in obstétricsand gynecology - J. Clin. ultra sound 1973 170 - 171 .

(71) - THOMSON HE. ; HOLMES JH., GOTTESFELD KR TAYLOR ES : Ultra sound as a diagnosis aid in diseases of the pelvis - Amer J.Obstet.Gynec. 1967 98 472-481.

(72) - VOEGELI H : l'aspiration endo utérine une technique récente pour l'évacuation des môles - Med. et Hygien. Genève 1968 28 n° 817 p 1[illegible] .

(73) - VOPTA M. : actual view of vacuum aspiration a new method for the terminaison of pregnancy. - Obstet and gynec. 1963 I p. 28-34.

(74) - WALTMANN R. et coll. : Hydatiform mole evacuation with an electric courant - Amer J. Obstet. and Gynec. 1969 104 1220 1221.

(75) - WEIL F., HEITZ P., FEGA R. et BECKER JC. : Difficultés de diagnostic ultra sonore dans la môle hydatiforme - J. Radio Electro 1972 53 610-617.

INSTAPRINT - 47, RUE J.-CHARPENTIER - TOURS